

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
LYSON MARCOUX

EFFET DU PROGRAMME « EN ROUTE VERS UNE VIE PLUS HEUREUSE »  
SUR LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX  
DE PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS

SEPTEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**Cette thèse a été dirigée par :**

---

Jean-Pierre Gagnier, Ph. D., directeur de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières

---

Michael Cantinotti, Ph. D., codirecteur de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation de la thèse :**

---

Julie Lefebvre, évaluatrice interne, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

---

Jean-Marie Miron, évaluateur interne, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières

---

Nathalie Delli-Colli, évaluatrice externe, Ph. D. Université de Sherbrooke

Thèse soutenue le 22 août 2018

## Sommaire

La dépression est un problème de santé mentale fréquent chez les personnes de 65 ans et plus. Ceci ne serait pas dû à l'âge comme tel, mais à une plus grande exposition à des facteurs de risque au cours de la vieillesse (ex. : maladies, veuvage, relogement). Ces événements ne pouvant être évités, le développement d'interventions favorisant l'adaptation et le bien-être psychologique prend toute son importance. Or, la littérature scientifique a démontré les bienfaits générés par la réalisation de buts personnels significatifs, particulièrement sur le bien-être psychologique. Dans cette perspective, le programme « En route vers une vie plus heureuse », axé sur la réalisation de projets personnels, a été offert à des personnes âgées de plus de 65 ans souffrant de symptômes dépressifs. En plus de briser l'isolement, les rencontres se voulaient une occasion pour les participants de réfléchir à leurs valeurs, d'effectuer les apprentissages nécessaires pour relever les défis impliqués par chacune des étapes de la réalisation d'un projet qui leur tient à coeur et d'être soutenus dans leur démarche. L'objectif de la présente étude est de tester l'effet du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur les symptômes dépressifs et anxieux de personnes âgées de plus de 65 ans. Les participants ont répondu à trois reprises (prétest, post-test et relance) à quatre questionnaires, dont le *Questionnaire du processus de réalisation des buts*, l'*Échelle de dépression de Beck-II* (BDI-II), l'*Échelle de dépression gériatrique* (ÉDG) et l'*Échelle d'anxiété gériatrique*. L'échantillon était composé de 42 participants âgés de 65 ans et plus. Le groupe intervention ( $n = 24$ ) incluait 14 femmes et 10 hommes ( $M = 68,6$ ;  $ÉT = 5,3$ ), tandis que le groupe contrôle ( $n = 18$ ) comportait 12 femmes et six hommes ( $M = 69,5$  ans;

$\acute{E}T = 4,05$ ). Les analyses de variances (ANOVA) à mesures répétées (3 temps X 2 groupes) n'ont pas révélé de différence significative entre le groupe intervention et le groupe contrôle sur les variables : processus de réalisation des buts, dépression (BDI-II et  $\acute{E}DG$ ) et anxiété. De manière exploratoire, des ANOVA à mesures répétées (3 temps X 2 groupes X 2 sexes) ont été réalisées sur les variables processus de réalisation des buts, dépression (BDI-II et  $\acute{E}DG$ ) et anxiété. Il en est ressorti un effet d'interaction significatif seulement pour le BDI-II ( $F(1,5, 58,2) = 4,53, p = 0,02, \eta^2 = 0,64$ , taille d'effet grande). Les hommes du groupe intervention présentent une diminution statistiquement significative de leurs symptômes dépressifs au BDI-II. Le programme « En route vers une vie plus heureuse » semble donc une approche innovatrice et pertinente auprès des hommes âgés dépressifs. Des recherches supplémentaires devront être réalisées pour appuyer cet effet.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Remerciements.....	xi
Introduction .....	1
<b>Contexte théorique</b> .....	<b>7</b>
Processus de réalisation des buts personnels et bien-être psychologique .....	9
Élaboration du but .....	11
Planification du but .....	22
Poursuite du but .....	24
Évaluation du résultat .....	30
Interventions orientées vers la réalisation de buts personnels .....	33
Programme « Goal-setting and Planning » .....	35
Programme « En route vers une vie plus heureuse » .....	35
Approche cognitivo-comportementale et programme « En route vers une vie plus heureuse » .....	39
Dépression et anxiété chez les personnes âgées .....	40
Diagnostic et caractéristiques de la dépression chez les personnes âgées ....	40
Prévalence et description du trouble dépressif à l'âge avancé .....	41
Étiologie et facteurs de risque de la dépression à l'âge avancé .....	46
Conséquences de la dépression sur la personne âgée.....	48

Conséquences de la dépression sur le système de santé .....	50
Comorbidité de la dépression et de l'anxiété chez les personnes âgées .....	51
Objectif de l'étude .....	54
Hypothèses.....	54
<b>Méthode</b> .....	55
Description du programme « En route vers une vie plus heureuse » .....	56
Étapes préliminaires .....	57
Rencontres 1, 2 et 3 .....	57
Étape de l'élaboration du but .....	59
Rencontres 4 et 5 .....	59
Rencontre 6 .....	63
Rencontre 7 .....	64
Étape de la planification du but .....	65
Rencontres 8 et 9 .....	65
Étape de la poursuite du but .....	65
Rencontres 10, 11, 12 et 13 .....	65
Étape de l'évaluation de la démarche et des apprentissages .....	66
Rencontre 14 .....	66
Déroulement .....	67
Recrutement et critères de sélection .....	67
Passation des questionnaires .....	69
Instruments de mesure .....	70

Participants .....	74
<b>Résultats</b> .....	77
Présentation des analyses statistiques.....	78
Analyses descriptives et préliminaires .....	79
Dépression (BDI-II) .....	81
Dépression (ÉDG).....	83
Anxiété .....	84
Corrélations entre dépression et anxiété .....	87
Évolution de l'état de santé.....	87
Présentation des résultats.....	88
Analyses exploratoires pour tester les différences hommes-femmes.....	93
<b>Discussion</b> .....	96
Situer le programme dans une perspective de santé globale .....	98
Facteurs ayant potentiellement influencé l'évolution des participants.....	102
Particularités de la comorbidité dépression-anxiété.....	111
Pertinence du programme « En route vers une vie plus heureuse » chez les hommes âgés dépressifs .....	113
Études ultérieures .....	120
Limites de l'étude .....	127
<b>Conclusion</b> .....	132
<b>Références</b> .....	136
<b>Appendice A. Questionnaire du processus de réalisation des buts</b> .....	161



<b>Appendice B.</b> <i>Inventaire de dépression de Beck-II</i> .....	165
<b>Appendice C.</b> <i>Échelle de dépression gériatrique</i> .....	170
<b>Appendice D.</b> <i>Échelle d'anxiété gériatrique</i> .....	172
<b>Appendice E.</b> Robustesse des résultats répliqués à l'aide d'analyses multiniveaux.....	174

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Étapes du programme « En route vers une vie plus heureuse ».....	58
2	Moyennes et écarts-types des groupes intervention et contrôle : capacité perçue de réalisation des buts, dépression et anxiété .....	80
3	Nombre de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux de dépression (BDI-II) à chaque temps de mesure .....	82
4	Nombre de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux de dépression (ÉDG) à chaque temps de mesure .....	85
5	Nombre de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux d'anxiété à « Échelle d'anxiété gériatrique » à chaque temps de mesure .....	86
6	Corrélations bilatérales ( $r$ de Pearson) entre la dépression et l'anxiété, pour tous les participants ( $N = 42$ ), à chaque temps de mesure .....	88

## Liste des figures

### Figure

1	Exemple fictif de hiérarchie de buts d'un participant .....	63
2	Évolution des scores de la capacité perçue de réalisation des buts pour les groupes intervention et contrôle.....	90
3	Évolution des scores de dépression (BDI-II) pour les groupes intervention et contrôle .....	91
4	Évolution des scores de dépression gériatrique (ÉDG) pour les groupes intervention et contrôle .....	92
5	Évolution des scores d'anxiété pour les groupes intervention et contrôle .....	93
6	Évolution des scores de dépression (BDI-II) pour les femmes et les hommes du groupe intervention .....	94
7	Évolution des scores de dépression (BDI-II) pour les femmes et les hommes du groupe contrôle .....	95

## **Remerciements**

L'auteure souhaite remercier tous les professeurs et chercheurs qui, par leur expertise, ont contribué à ce projet. Elle remercie également chaleureusement tous les participants qui ont donné de leur temps, rendant ainsi possible la réalisation de cette étude.

## **Introduction**

La population mondiale est vieillissante et le Québec n'y fait pas exception. En 2016, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus s'élevait à 1,5 million, faisant en sorte que les gens de cette catégorie d'âge représentaient 18,1 % de la population, comparativement à 13 %, en 2001 (Ministère de la Famille du Québec, 2018). Les Québécois vivent également plus longtemps. En 2016, l'espérance de vie à 65 ans était de 19,7 ans chez les hommes et de 22,5 ans chez les femmes (Payeur, 2017). Le fait de vivre plus vieux n'est pas sans conséquence sur le vécu psychologique des personnes âgées. Ces dernières sont exposées à plusieurs situations de pertes considérées comme des facteurs de risque de dépression : deuil, maladie, handicap, retraite, relogement (Alexopoulos, 2005; Beekman, van Marwijk, & Stek, 2011; Katon, Lin, & Kroenke, 2007). Au Québec, Prévile et al. (2008) rapportent un taux de 6,8 % pour les dépressions majeure et mineure chez 2798 participants de 65 ans et plus. Ces taux ne représentent qu'une partie du problème, puisque plusieurs personnes âgées minimisent ou nient leurs symptômes dépressifs (Alexopoulos, 2005), ou encore, elles hésitent à en parler à leur médecin ou à consulter un professionnel de la santé mentale (Prévile et al., 2008). Ce serait particulièrement le cas pour les hommes (Hinton, Zweifach, Oishi, Tang, & Unützer, 2006). Il n'est donc pas surprenant que la dépression soit réputée sous-diagnostiquée et sous-traitée chez les personnes âgées (Chen & Copeland, 2011; Licht-Strunk, Beekman, de Haan, van Marwijk, 2009; Licht-Strunk, van Marwijk, Hoekstra, Twisk, de Haan, & Beekman, 2009). De plus, la fréquence de la comorbidité avec l'anxiété alourdit le tableau clinique de cette clientèle, rendant

notamment le diagnostic et le traitement plus complexes (Beattie, Pachana, & Franklin, 2010; Bryant, Jackson, & Ames, 2008; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, Craske, 2010).

Les interventions traditionnellement proposées s'inscrivent dans le courant médical de la psychopathologie, visant le soulagement du mal-être et se résumant trop souvent à la prescription d'un médicament (Veilleux, Mandeville, & Morin, 2017). En complément à cette approche, le courant de la psychologie positive vise essentiellement à favoriser une vie florissante, notamment par l'enrichissement du sens à la vie, de la sérénité, de l'*empowerment* et des relations significatives (Jeste, Palmer, Rettew, & Boardman, 2015; Seligman, Rashid, & Parks, 2006; Wood & Tarrier, 2010). En misant sur les forces de la personne, la psychologie positive vise à ce que celle-ci ait un niveau de bien-être qui lui permette d'être satisfaite de sa vie, malgré ses symptômes (Aguerre, 2017).

La psychologie positive suggère plusieurs types d'interventions pour améliorer le bien-être (ex. : pleine conscience, bonté, gratitude; Cobb, Stone, & Parks, 2017) dont des programmes visant la réalisation de projets personnels significatifs (Coote, & MacLeod, 2012; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Dubé, Lapierre, Bouffard, & Alain, 2002, 2007; Dubé, Lapierre, Bouffard, & Labelle, 2000; Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle, & Bastin, 2001; Lapierre, Dubé, Bouffard, & Alain, 2007). Ce mode d'intervention semble particulièrement approprié si l'on se base sur les travaux de Sheldon et Lyubomirsky (2006) qui ont montré que l'atteinte d'un bonheur durable serait davantage reliée aux

changements intentionnels d'activités (impliquant des changements comportementaux, cognitifs et conatifs), en se fixant par exemple de nouveaux buts et en faisant des efforts pour les réaliser, plutôt que par l'attente de changements dans les circonstances de la vie. Dans le même ordre d'idées, Bailly, Joulain, Hervé et Alaphilippe (2012) ont démontré que l'aptitude à ajuster ses buts aux changements était étroitement reliée à la prévention du développement de symptômes dépressifs lors d'événements de vie négatifs.

Pour toutes ces raisons, un programme de groupe orienté vers la réalisation de buts personnels apparaît une avenue intéressante pour intervenir auprès des personnes âgées dépressives. La présente étude a donc pour objectif d'évaluer l'effet du programme de réalisation de projets personnels « En route vers une vie plus heureuse » de Dubé, Bouffard, Lapierre et Marcoux (2014), auprès de personnes âgées de 65 ans et plus présentant des symptômes dépressifs. Concrètement, il s'agit de tester si le programme d'intervention a contribué à amoindrir les manifestations de la dépression et de l'anxiété chez les participants.

Tel que le stipule le modèle élaboré par l'équipe de Keyes (Keyes, 2005; 2006; Keyes & Lopez 2002), la santé mentale doit se lire à partir de deux vecteurs, l'un positif incluant le bien-être psychologique et le niveau de fonctionnement et l'autre, négatif, décrivant le mal-être relié aux symptômes psychopathologiques. Ces vecteurs se situant sur des continuums distincts, mais non totalement indépendants.



La présente étude vise à faire la lumière sur l'effet du programme sur les vecteurs négatifs opérationnalisés par des mesures de symptômes dépressifs et anxieux. Elle s'inscrit toutefois dans une étude plus large de l'effet du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur les vecteurs positifs opérationnalisés par des mesures d'espoir, de sens à la vie, de sérénité, de satisfaction de vivre et de satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux (Lapierre et al., 2017).

Pour faire ressortir la pertinence d'une intervention orientée vers la gestion des buts personnels chez des aînés présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, le contexte théorique présente d'abord les étapes du processus de réalisation des buts (élaboration, planification, poursuite et évaluation) ainsi que divers programmes axés sur ce mode d'intervention. Vient ensuite une section détaillant la problématique de la dépression chez les aînés (critères diagnostiques, caractéristiques, prévalence, étiologie, conséquences individuelles et socioéconomiques), ainsi que les caractéristiques de la dépression et de l'anxiété lorsqu'elles se présentent simultanément. La dernière section de ce chapitre porte sur l'objectif et les hypothèses de recherche.

Le chapitre exposant la méthodologie présente d'abord une description détaillée du programme « En route vers une vie plus heureuse » pour ensuite décrire le déroulement de l'étude, les instruments de mesure ainsi que l'échantillon retenu.

Le chapitre portant sur les résultats débute par une présentation des analyses descriptives concernant chacune des variables dépendantes (processus de réalisation des buts, dépression et anxiété), suivie d'une présentation des analyses préliminaires permettant de vérifier si les groupes intervention et contrôle sont statistiquement équivalents au départ (prétest). Les résultats portant sur les hypothèses ainsi que sur les analyses exploratoires sont ensuite présentés.

Le dernier chapitre discute l'interprétation des résultats, précise les limites de l'étude et suggère des pistes pour des recherches ultérieures.

## **Contexte théorique**

*On ne peut mieux vivre qu'en cherchant à devenir meilleur, ni plus agréablement qu'en ayant la pleine conscience de son amélioration.*  
- Socrate

Que serait l'humain sans l'aspiration à se développer, se réaliser et devenir meilleur? Même si l'effet d'une aspiration future sur le comportement présent se conçoit aisément, la psychologie a surtout été teintée par l'étude de l'impact du passé sur le fonctionnement de l'individu. L'argument étant qu'on ne puisse étudier l'influence d'un futur puisqu'il n'existe pas encore! Toutefois, bien que le passé se concrétise chez l'individu par une représentation sur le plan cognitif de la trace qu'il a laissée en mémoire (notamment par apprentissage ou par empreinte émotionnelle), il en est de même du futur qui est visualisé de la même façon. L'objet des pensées d'un individu peut se situer à n'importe quelle période passée ou future et porte une trace ou un indice temporel. Partant de ce principe, Nuttin a mis de l'avant le concept de « perspective temporelle ». Cette dernière se définit comme : « la configuration des localisations temporelles des objets qui, marqués de leur signe temporel, occupent virtuellement la vie mentale des sujets dans une unité situationnelle donnée. » (Nuttin, 1980, p. 21). Chaque individu a donc une perspective temporelle dont la densité et la profondeur lui sont propres.

Le rôle de la perspective temporelle dans la vie psychique est multiple et complexe. Elle détermine en partie le comportement de l'individu et requiert une forme d'équilibre entre le passé, le présent et le futur. Faute d'équilibre, l'orientation prédominante envers

l'une des instances temporelles peut devenir problématique. Une orientation problématique vers le présent, qui minimise la projection future (perspective future), réduit la stimulation de l'individu pour des projets à moyen ou long terme qui pourraient moduler son comportement et structurer ses activités présentes (Nuttin, 1980).

Nuttin (1980) insiste donc sur l'importance de la compétence temporelle : la capacité de percevoir le lien causal entre ses actes actuels et ce qui peut se produire dans le futur. Il ne s'agit pas de « vivre dans le futur », mais bien de donner un sens au présent via une perspective future riche et réaliste. Au fil de ses réalisations, l'individu apprend de ses expériences et ajuste sa perspective future en conséquence. L'influence de cette dernière sur le comportement et le bien-être psychologique de l'individu a été étudiée, notamment, dans le contexte du processus de réalisation des buts. La prochaine section présente un relevé de la littérature scientifique sur la question.

### **Processus de réalisation des buts personnels et bien-être psychologique**

Au cours des dernières décennies, plusieurs études, dont des méta-analyses, ont mis en lumière les bienfaits associés à l'expérience de la poursuite de buts personnels significatifs. La plupart des chercheurs s'accordent à dire que cette expérience s'associe notamment à la satisfaction de vivre, l'estime de soi, la sérénité et le bien-être psychologique (Brunstein, 1993; Chen, Lee, Pethel, Gutowitz, & Kirk, 2012; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007; Emmons, 1986; 1996;

Klug & Maier, 2015; Koestner, Lekes, Powers, & Chicoine, 2002; Lapierre et al., 2001, 2007; Sheldon et al., 2010; Sheldon & Houser-Marko, 2001; Wiese, 2007).

Mais que faut-il entendre par buts personnels? Selon Emmons (1996), ces buts sont des « situations ou des états que les individus cherchent à atteindre, maintenir ou éviter » [traduction libre] (p. 314). Il s'agit de représentations mentales (Austin & Vancouver, 1996; Elliot, 2006) qui reflètent les choix des individus et orientent leurs comportements (Emmons, 1986; Karoly, 1993; Little, 2015). Le processus de réalisation d'un but peut être très court, mais peut s'étendre sur des mois, voire des années. L'objectif peut être trivial, comme la satisfaction de besoins quotidiens (ex. : faire l'épicerie), ou plus large et diffus, comme le souhait d'être heureux (Kököneyi, Reinhardt, Pajkossy, Kiss, & Demetrovics, 2008). En somme, la poursuite de buts constitue une expérience subjective qui reflète les valeurs de l'individu, constituant donc un aspect central de sa personnalité (Emmons, 2005; Sheldon & Houser-Marko, 2001).

Dans la littérature scientifique, plusieurs termes ont été employés pour décrire le concept de buts personnels (Austin & Vancouver, 1996), dont « aspirations personnelles » (Emmons, 1986, 1996, 2003, 2005), « projets personnels » (Little, 1983, 2015; Palys & Little 1983), « participation aux tâches développementales de la vie (*life task participation*) » (Cantor & Sanderson, 1999), « préoccupations actuelles (*current concerns*) » (Klinger, 1995) et « sois possibles (*possible selves*) » (Markus & Ruvolo, 1989). Toutes ces terminologies décrivent une réalité fondamentale selon laquelle

l'orientation vers le futur est nécessaire pour que la personne organise consciemment sa vie actuelle vers l'atteinte de ses objectifs et ajoute du sens à sa vie (Schmuck & Sheldon, 2001).

Le processus de réalisation des buts personnels peut être vu comme comportant quatre étapes, soit l'élaboration, la planification, la poursuite, ainsi que l'évaluation du résultat. Chacune est associée à divers aspects du bien-être psychologique (Dubé et al., 2000). La prochaine section détaille chacune de ces étapes.

### **Élaboration du but**

L'étape de l'élaboration des buts est essentiellement cognitive. Avant d'être concrétisés, les buts prennent la forme d'une représentation mentale (Austin & Vancouver, 1996; Elliot, 2006; Fishbach & Ferguson, 2007). Le simple fait de concevoir et de formuler des aspirations contribue au bien-être psychologique (Lapierre et al., 2001; Nuttin, 1991; Schmuck & Sheldon, 2001), mais pour ce faire, certaines conditions doivent être respectées.

L'effet sur le bien-être psychologique ne sera pas le même selon que le but découle d'une motivation intrinsèque (réaliser le but par choix ou pour le plaisir sans attente de renforcement extérieur) ou extrinsèque (réaliser le but en espérant une récompense, désirant éviter une punition, ou par crainte du jugement social; Deci & Ryan, 2008). De plus, le type de but poursuivi a également une influence sur le bien-être. Ainsi, les buts

intrinsèques qui visent à satisfaire des besoins fondamentaux, tels que la croissance personnelle et les relations positives avec autrui, seraient positivement associés au bien-être psychologique, contrairement aux buts extrinsèques qui le seraient négativement (Brunstein, Schultheiss, & Gräsmann, 1998; Emmons, 2003, 2005; Lapierre et al., 2001).

Plus spécifiquement, le modèle d'autodétermination de Deci et Ryan (2000, 2008) présente un processus d'internalisation de la motivation qui comprend quatre types de régulation : externe, introjectée, identifiée et intégrée. Les deux premiers types sont associés à la motivation extrinsèque, tandis que les deux derniers sont liés à la motivation intrinsèque. La régulation externe correspond à un comportement contrôlé par des contingences externes spécifiques obligeant l'individu à répondre aux exigences du milieu (« Je dois »). La régulation introjectée se produit lorsque l'individu intègre les valeurs du milieu (« Je devrais ») lui permettant d'intérioriser les contraintes qui étaient auparavant extérieures à lui, mais elles peuvent susciter de la culpabilité ou une pression s'il ne réalise pas cette activité. Les motivations les plus internalisées sont régies par la régulation identifiée, qui survient lorsque l'individu choisit librement de poursuivre un but, parce qu'il le valorise et lui accorde de l'importance ou par la régulation intégrée lorsque le comportement est réalisé pour le plaisir et la satisfaction qu'il en retire. Plus un but est internalisé, plus il est intégré aux valeurs de l'individu. Les buts découlant de motivations intrinsèques identifiées ou intégrées seraient davantage liés au bien-être psychologique (Deci & Ryan, 2008).



Les buts peuvent également découler d'une motivation d'approche (lorsqu'une personne aspire à atteindre un état souhaité) ou d'évitement (lorsque la personne cherche à éviter une situation ou un état; Elliot, 2008). Des auteurs se sont intéressés aux effets de ces types de motivations sur le bien-être psychologique (Carver & Scheier, 1998; 2008; Trew, 2011). D'abord, Carver et Scheier (1998, 2008) spécifient que l'approche et l'évitement ne devraient pas être considérés comme des opposés d'un même continuum, mais plutôt comme deux fonctions adaptatives répondant au besoin qu'a l'individu de s'approcher du plaisir et d'éviter la douleur, selon les circonstances (Grawe, 2007; Higgins, 1997). La satisfaction de s'approcher d'un but désiré ou celle d'éviter quelque chose que l'individu juge désagréable peuvent donc toutes deux générer des affects positifs (Carver & Scheier, 1998).

Pour sa part, Trew (2011) suggère un modèle intégratif qui présente les effets sur la dépression d'éléments reliés à la dynamique « approche-évitement ». Dans un premier temps, les difficultés à adopter des comportements d'approche pour réaliser des buts et la propension à faire de l'évitement priveraient l'individu des renforcements positifs générés par l'atteinte des buts désirés, ce qui l'encouragerait à demeurer dans un patron d'évitement. Évitement qui à son tour alimenterait les ruminations, le dénigrement, l'isolement social et l'anxiété. Dans un deuxième temps, une tendance à un biais de traitement de l'information pourrait insidieusement s'installer; la personne habitée par des émotions négatives poserait davantage son attention sur les éléments d'information qui lui confirmeraient qu'il est préférable d'adopter des comportements d'évitement. Par

exemple, une personne âgée qui a besoin d'un déambulateur et qui évite les situations sociales par peur du jugement d'autrui porterait son attention sur les regards posés sur elle tout en les interprétant comme des jugements négatifs. Du coup, elle éviterait les situations sociales et se priverait ainsi de la possibilité et le plaisir de satisfaire ses besoins de relations interpersonnelles. En plus des impacts négatifs reliés aux comportements d'évitement, le modèle de Trew (2011) présente également des impacts négatifs qui peuvent être reliés aux comportements d'approche, notamment la persévérance à vouloir réaliser des buts inatteignables. Dans ce cas, l'individu s'exposerait (plus ou moins consciemment) à des situations d'échec venant confirmer l'image négative qu'il a de lui-même. En somme, la dépression serait ici liée aux dysfonctionnements du système « approche-évitement » (Trew, 2011). La clé semble donc se trouver dans un équilibre, selon les situations, entre les comportements d'approche et d'évitement (Carver, 2006; Carver & Scheier, 1998; 2008; Trew, 2011).

Les études théoriques et empiriques sur les buts ont relevé deux autres dimensions à prendre en considération pour mieux comprendre les liens entre l'étape de la l'élaboration du but et le bien-être psychologique : le contenu des aspirations et les domaines de vie auxquels elles se rattachent (Emmons, 2005; Lapierre, Bouffard, & Bastin, 1997; Little & Gee, 2007; Nuttin, 1980; Pöhlmann & Brunstein, 2000).

Utilisant la Méthode d'Induction Motivationnelle de Nuttin (1980), qui comporte 23 phrases à compléter (« Je veux ... », « J'espère ... », « J'aimerais ... »), Lapierre et ses

collaborateurs (1997) ont analysé et mis en relation avec diverses facettes du bien-être psychologique 15 027 aspirations recueillies auprès de 708 participants âgés entre 65 et 90 ans. Elles ont été classées dans l'une des 10 catégories motivationnelles décrites par Nuttin (1980), dont l'autodéveloppement (ex. : développement personnel, actualisation de soi), les réalisations (activités utilitaires variées, comme entretenir la maison, réparer la voiture) ou les contacts interpersonnels et altruistes. Les résultats ont révélé que les buts d'autodéveloppement étaient reliés au sentiment de compétence, à des attentes positives envers le futur, à la satisfaction de vie ainsi que la satisfaction quant à la façon d'occuper son temps. Les aspirations orientées vers la réalisation d'activités utiles étaient associées à l'autodétermination et au sentiment de compétence. Les aspirations altruistes étaient en lien avec le sens à la vie, des attentes positives envers le futur, ainsi que la satisfaction envers le moment présent et le passé récent.

Pour sa part, Emmons (2005) observe que les buts de réalisation, d'intimité, de spiritualité ou de générativité seraient davantage porteurs de sens. Les chercheurs intéressés à étudier le lien entre le bien-être psychologique et le contenu des buts en fonction d'une classification peuvent aussi utiliser celle proposée plus récemment par Little et Gee (2007). Ces derniers proposent les catégories suivantes : interpersonnelle (intimité, affection, besoin d'aimer et d'être aimé), académique, professionnelle (objectifs de carrière ou concernant les tâches reliées à l'emploi), intrapersonnelle (spiritualité, croissance personnelle, apprentissage), loisirs, santé (physique et mentale, qualité de vie, bien-être subjectif) et activités de la vie courante (se nourrir, se loger, entretien ménager).

La classification des buts selon les domaines de vie soulève également l'importance d'avoir des buts dans plusieurs sphères afin d'éviter de « mettre tous ses œufs dans le même panier ». En effet, puisque les buts reflètent l'identité de l'individu, il semble important de formuler des buts dans différents domaines afin que la personne puisse se réorienter vers d'autres facettes de son identité lorsque les buts de certains domaines deviennent inatteignables. Néanmoins, selon Louro, Pieters et Zeelenberg (2007), il est également essentiel, lorsque plusieurs buts sont poursuivis simultanément, d'établir une priorité ou une hiérarchie en tenant compte des ressources inévitablement limitées (ex. : temps, énergie, ressources disponibles). Une défaillance de la priorisation exposerait l'individu à des risques d'épuisement, à moins que les buts choisis n'entrent pas trop en conflit les uns avec les autres.

Cette priorisation sera facilitée par des buts congruents entre eux, des buts qui permettent à l'individu de concentrer son énergie sur des objectifs qui se complètent (Brunstein et al., 1998). C'est le cas par exemple lorsqu'une personne âgée désire « vivre à domicile » et « être en santé ». Ces deux buts peuvent se traduire par « se tenir en forme en entretenant sa maison » : les buts sont alors congruents. Par contre, des buts peuvent entrer en conflits ou, à tout le moins, générer un sentiment d'ambivalence. Par exemple, un proche aidant qui veut éviter le relogement d'un conjoint en lui assurant une présence continue, mais qui constate en même temps la nécessité de prendre du répit pour y parvenir. Lorsque les buts entrent en conflits les uns avec les autres, l'individu peut s'exposer à un niveau de stress important, des affects négatifs, un risque d'anxiété ou des

symptômes dépressifs ou somatiques (Brunstein et al., 1998; Emmons, 1986; Emmons & King, 1988; Kelly, Mansell, & Wood, 2011; Wrosch, Miller, Scheier, & Brun de Pontet, 2007).

Pour leur part, Sheldon et Kasser (1995) considèrent que pour favoriser la santé et le bien-être, les buts doivent s'insérer dans une hiérarchie intégrée caractérisée par la cohérence et la congruence. Cette dernière survient lorsque les buts sont intrinsèquement liés à la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation de l'individu (Deci & Ryan, 2000, 2008; Ryan, Sheldon, Kasser, & Deci, 1996). Pour ce qui est de la cohérence, Sheldon et Kasser (1995) distinguent la cohérence verticale de la cohérence horizontale. La cohérence verticale constitue le degré avec lequel les buts proximaux (sous-buts qui assurent des progrès à court terme vers des objectifs de plus grande envergure) contribuent aux buts distants (buts mobilisateurs qui exigent beaucoup de temps pour les atteindre). Par exemple une personne âgée qui, après une chute, pratique les exercices de réadaptation qui lui sont demandés pour recommencer à marcher (sous-but), pour parvenir à faire des marches quotidiennes (sous-but et but à court terme) afin d'être en mesure de réaliser un voyage l'année suivante et d'être libre de marcher dans les villes qu'elle visitera (but distant). La cohérence horizontale se caractérise quant à elle par un équilibre entre les buts de même niveau de priorités, et ce, afin d'éviter le plus possible les tiraillements. Ainsi, un proche aidant qui voudrait satisfaire deux de ses priorités, soit offrir des soins à son conjoint en sévère perte d'autonomie et préserver sa santé, pourrait conserver la cohérence horizontale

entre ses buts en ayant régulièrement recours à un service de répit afin de pouvoir pratiquer un sport qu'il apprécie. Il aurait ainsi un certain équilibre entre deux buts de même niveau favorisant, du coup, la congruence et la satisfaction des besoins.

Les résultats empiriques ont révélé que la cohérence verticale et la congruence entre les buts contribuaient notamment à l'autonomie, à la vitalité et à des affects positifs (Sheldon & Kasser, 1995). Les travaux plus récents de Kelly, Mansell et Wood (2015) abondent d'ailleurs dans le même sens. Pour eux, l'autoconcordance, conceptualisée comme une hiérarchie de buts au sein de laquelle les projets ne sont pas en conflit, facilite la motivation de l'individu à répondre à ses besoins intrinsèques (Kelly et al., 2015).

Poursuivant ses travaux sur la cohérence et la congruence, Sheldon a d'ailleurs proposé, en 2002, le concept de concordance des buts qui traduit le degré avec lequel l'individu sélectionne des buts intrinsèques représentatifs de sa personnalité. L'auteur souligne cependant que ce ne sont pas tous les individus qui ont la maturité nécessaire pour choisir des buts concordant avec leur personnalité. Pour plusieurs, le choix de tels buts semble difficile à faire lorsqu'ils sont influencés par des exigences internes (ex. : des codes moraux contraignants profondément enracinés) ou des pressions externes (ex. : la désirabilité sociale, contexte de non-choix). Il faut encore ajouter que plusieurs ne se connaissent pas suffisamment pour identifier ce qui leur permettrait de satisfaire leurs besoins psychologiques profonds (Sheldon, 2009, 2014). Sur ce dernier point, l'âge jouerait peut-être en faveur des individus. L'étude comparative de Chen et al. (2012) a

d'ailleurs fait ressortir que les participants plus âgés (40 à 89 ans) de leur échantillon présentaient un taux de concordance entre leurs buts significativement plus élevé que celui des participants plus jeunes (18 à 27 ans). Ils choisissaient des buts qui correspondaient davantage à leurs intérêts et leurs valeurs personnels.

Ajoutons encore que pour être porteurs de sens, les buts doivent être cohérents, non seulement avec la personnalité et les besoins fondamentaux de l'individu, mais aussi tenir compte des impératifs propres au contexte social et culturel dans lequel celui-ci évolue, et ce, à l'étape de vie dans laquelle il se trouve (Nurmi, 1998). En ce sens, les buts seraient positivement reliés au bien-être psychologique lorsqu'ils correspondent aux tâches développementales spécifiques à l'âge de l'individu (Salmela-Aro, 2009), c'est-à-dire aux repères qui servent à identifier les projets possibles, acceptables et désirables en fonction de l'âge (Havighurst, 1953). Si le but présente une dissonance par rapport aux tâches développementales, il pourra affecter négativement le niveau de bien-être (Nurmi & Salmela-Aro, 2006). Au cours de la vieillesse, une des tâches développementales de l'individu consiste à maintenir son intégrité malgré les pertes associées au vieillissement et les obstacles engendrés par la maladie. À cet effet, Lapierre et al. (2015) mentionnent que la maladie et la perte d'autonomie menant à l'invalidité rendent certains buts inatteignables et augmentent le risque de dépression et le désir de mourir chez les personnes âgées. On comprend donc la nécessité de réévaluer ses priorités en fonction des capacités individuelles, des occasions présentes et des contraintes de l'environnement. Cette réflexion engendrera, dans plusieurs cas, le désengagement à l'égard de buts

devenus irréalisables et le réengagement dans de nouveaux projets susceptibles de favoriser l'adaptation (Nurmi & Salmela-Aro, 2006; Wrosch, Miller, et al., 2007) tout en diminuant l'anxiété, la dépression et les idéations suicidaires (O'Connor, Fraser, Whyte, MacHale, & Masterton, 2009; Wrosch, Dunne, Scheier, & Schulz, 2006). Plus spécifiquement, chez les personnes âgées, l'engagement à surmonter les défis suscités par les problèmes de santé en réajustant ses buts serait relié à une baisse de la dépression (Wrosch, Schulz, Miller, Lupien, & Dunne, 2007).

À l'inverse, plusieurs auteurs soulignent que l'individu qui ne parvient pas à faire ces ajustements dans les choix de ses buts, lorsqu'ils deviennent inatteignables, est plus susceptible de ressentir une diminution de son bien-être psychologique (Bauer & Wrosch, 2009; Brandtstädter, 2009; Brandtstädter & Rothermund, 2002; Nurmi & Salmela-Aro, 2006). Les travaux de O'Connor ont même montré que, chez les participants plus âgés de leur échantillon, un niveau de désengagement élevé et un faible réengagement dans de nouveaux buts étaient liés à des comportements d'automutilation et des idéations suicidaires (O'Connor, O'Carroll, Ryan, & Smyth, 2012).

On retient donc que pour contribuer au bien-être, les buts doivent refléter les valeurs de l'individu et être porteurs de sens pour lui (Emmons, 2005). De plus, ces aspirations doivent être formulées en termes concrets (Taylor & Pham, 1996), avant l'étape de la planification, au risque de ne jamais se réaliser. En ce sens, les études indiquent que des buts abstraits ou flous, c'est-à-dire non définis en termes de comportement-cible,



diminuent le passage à l'action (Gollwitzer & Sheeran, 2006) et exposeraient l'individu à des regrets, de la culpabilité, voire à de la détresse psychologique ou des problèmes de santé mentale, comme la dépression (Lecci, Karoly, Briggs, & Kuhn, 1994; Michalak & Grosse Holtforth, 2006; Nuttin 1991).

Prenons l'exemple du désir d'être en santé. Comment l'individu peut-il retirer les bienfaits d'un tel désir, s'il n'identifie pas ce que cela signifie concrètement pour lui? Pour certains, cela peut signifier perdre du poids, pour d'autres il peut s'agir d'être en mesure de vaquer soi-même aux occupations quotidiennes, tandis que d'autres personnes considéreront qu'être en santé correspond à la capacité de réaliser des exercices aérobiques pour diminuer les risques de maladies cardiovasculaires. Dans les trois cas, la capacité de formuler et de transformer le désir d'être en santé en un but concret permet à la personne, lorsqu'elle poursuit son objectif, d'évaluer si elle est dans la bonne direction et d'estimer ses progrès. À ce sujet, Watson et Tarp (2007) soulignent que les buts à long terme auraient un effet bénéfique sur le bien-être psychologique principalement lorsqu'ils sont traduits en étapes permettant à l'individu de percevoir ses progrès, d'où l'importance de concrétiser ses objectifs. Ce point sera abordé plus en détail dans la section « Planification du but ».

En conclusion, les études portant sur l'étape de l'élaboration des buts indiquent qu'une hiérarchie intégrée, résultant d'une réflexion approfondie de l'individu sur ses valeurs fondamentales et la façon dont elles peuvent se traduire dans son quotidien, lui

permettrait d'être pleinement lui-même et contribuerait ainsi à son bien-être psychologique (Sheldon, 2014; Sheldon & Kasser, 1995). Selon Pöhlmann et Brunstein (2000), cette hiérarchie serait dynamique et la priorité accordée aux divers buts évoluerait au gré des événements, des contraintes et des opportunités rencontrées par l'individu. Des buts prioritaires devenus inatteignables seraient donc mis de côté temporairement ou définitivement au profit de nouveaux buts correspondant mieux aux aspirations de l'individu, aux exigences de l'environnement et aux transitions de vie qu'il traverse (Nurmi & Salmela-Aro, 2006; Wrosch, Miller, et al., 2007). L'individu qui n'arrive pas à être flexible et à faire cet exercice de priorisation s'exposerait à des problèmes de santé mentale.

Somme toute, le choix des objectifs et la prise de conscience des raisons pour lesquelles ils sont poursuivis sont importants, mais l'étape subséquente de la planification est également essentielle à la réalisation des buts (Louro et al., 2007; Schmuck & Sheldon, 2001). La prochaine section présente donc les caractéristiques d'une bonne planification et ses liens avec le bien-être psychologique, lors du processus de réalisation d'un but.

### **Planification du but**

La planification réfère à l'organisation du « chemin à parcourir », plus précisément aux actions spécifiques à entreprendre pour atteindre le but (Austin & Vancouver, 1996). Une bonne planification implique une anticipation des étapes à venir ainsi que l'identification des moyens, des habiletés et des ressources nécessaires pour atteindre le

but. Elle comporte aussi la détermination des circonstances (moment et lieu) au cours desquelles l'action sera entreprise, l'anticipation des obstacles possibles, la prévision des stratégies pour les contourner et l'identification des sources d'aide en cas de besoin (Watson & Tharp, 2007).

Les travaux de Gollwitzer (1996, 2009) présentent des stratégies qui placeront l'individu dans un état cognitif, affectif et comportemental qui l'incitera à passer à l'action et à persévérer malgré les difficultés. L'auteur insiste sur l'importance de différencier les intentions vagues, se présentant sous forme de moult désirs que l'individu ne pourra entièrement satisfaire faute de ressources (temps-énergie), des « intentions de mise en œuvre » (*implementation intention*) qui, elles, découlent de la volonté de réaliser le projet sélectionné. Les intentions de mise en œuvre se caractérisent par une planification consciente et spécifique (Gollwitzer, 2009) qui permettra d'atteindre le but en déterminant où, quand et comment progresser vers celui-ci. Ce faisant, l'individu prévoit la réaction à adopter dans une situation particulière, afin d'initier consciemment un comportement automatique. C'est ce que Gollwitzer (2009) appelle la « procédure si – alors », qui se traduit comme suit : « si je rencontre la situation X, alors j'adopterai le comportement Y ». Par exemple, la personne âgée qui désire améliorer son alimentation pourrait traduire sa volonté par la mise en œuvre suivante : « si je vais au restaurant, alors je commanderai un choix santé, sans regarder le menu (pour ne pas me laisser tenter par des plats caloriques et moins nutritifs) ».

Selon la méta-analyse de Gollwitzer et Sheeran (2006), les intentions de mise en oeuvre auraient des effets positifs sur l'atteinte du but et seraient donc un élément d'une bonne planification. Elles feraient notamment en sorte de rendre l'individu mentalement prêt à détecter la situation envisagée et à s'engager à exécuter les actions prévues lors de la planification. Ainsi, grâce aux intentions d'exécution, il y a une augmentation de la probabilité que la personne pose l'acte prévu, malgré les distractions et les tentations associées à des contextes indésirables, voire incompatibles avec l'atteinte de son but. De plus, une planification spécifique détaillée protégerait, jusqu'à un certain point, l'individu de « déraillements » possibles causés par des états intérieurs nuisibles à l'atteinte du but (ex. : manque de motivation, découragement, manque de discipline; Gollwitzer, 2009).

Ainsi, une planification efficace induit chez l'individu un état d'esprit centré sur l'exécution et le rend prêt à passer à l'action, tant sur le plan cognitif que comportemental (Gollwitzer, 1996, 2009). Il se perçoit positivement, se sent moins vulnérable et s'attribue plus de contrôle (Watson & Tharp, 2007). En ce sens, la planification place l'individu dans un état d'esprit qui favorise le bien-être psychologique et crée de bonnes conditions pour l'action (Gollwitzer & Sheeran, 2006; Watson & Tharp, 2007).

### **Poursuite du but**

L'étape de la poursuite du but est évidemment cruciale dans le processus. Tout comme l'élaboration et la planification, la poursuite du but présente elle aussi plusieurs aspects qui influenceront le bien-être psychologique, et ce, principalement lorsque

l'individu est confronté à des obstacles (contraintes personnelles ou environnementales). C'est pourquoi plusieurs chercheurs s'intéressent aux éléments favorisant l'atteinte des objectifs fixés et le bien-être psychologique durant cette étape.

L'un des premiers éléments à prendre en considération est l'état dans lequel l'individu se trouve durant la réalisation de l'activité (ex. : plaisir, satisfaction). Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple de l'expérience optimale ou « flow » (Csikszentmihalyi, 1997, 2004). Cette dernière est vécue par l'individu lorsqu'il est complètement immergé dans l'activité qu'il exerce. Selon les résultats des travaux de Csikszentmihalyi (1997, 2004), l'expérience optimale comporte certaines caractéristiques majeures, dont l'engagement vers un objectif précis qui constitue un défi pour l'individu, mais qu'il peut relever grâce à ses habiletés. L'activité entraîne une concentration intense ne laissant aucune place aux distractions, ni aux préoccupations à propos de soi, et qui s'accompagne (généralement) d'une perception altérée du temps (la personne qui vit une expérience optimale ne voit pas le temps passer lorsqu'elle exerce l'activité). L'engagement dans la tâche fournit une rétroaction immédiate qui permet à la personne de savoir comment progresse sa performance. L'expérience optimale est donc liée au bien-être psychologique et favorise la poursuite du but (Csikszentmihalyi, 1997, 2004).

Taylor et Pham (1996) indiquent que certaines stratégies génèrent des effets bénéfiques sur la motivation, la poursuite et l'atteinte du but désiré. Par exemple, l'anticipation des conséquences positives de l'atteinte de l'objectif (*outcome simulation*)

et la visualisation mentale des étapes et gestes à poser pour y parvenir (*process simulation*) seraient associées à une poursuite plus assidue du but et à un niveau de bien-être psychologique plus élevé. Les meilleurs résultats proviendraient de la combinaison de simulation du processus et de la finalité (*process-outcome simulation*; Taylor & Pham, 1996).

Parallèlement, l'étude longitudinale de Brunstein (1993), réalisée auprès d'étudiants, a montré que l'avancement vers la réalisation du but améliore le bien-être psychologique. L'écart entre la progression et l'atteinte du but est également relié au bien-être psychologique (Johnson, Carver, & Fulford, 2010; Little & Gee, 2007). Par exemple, lorsque l'objectif est perçu comme rapproché, certains individus diminueraient leurs efforts envers ce but, ce qui leur permettrait d'investir de l'énergie dans d'autres buts et ainsi de poursuivre plusieurs buts à la fois (Louro et al., 2007). Lorsque le rythme de progression est plus lent que prévu, cela pourra générer des émotions négatives qui pourront dans certains cas pousser l'individu à déployer plus d'efforts s'il considère que l'objectif est encore atteignable (Louro et al., 2007). Toujours selon Louro et al. (2007), lorsque l'objectif est perçu comme trop difficile à atteindre, il est aussi possible que l'individu diminue ses efforts ou abandonne le but en question. Par contre, selon Cantor et Blanton (1996), devant un objectif perçu comme étant inaccessible ou incertain, certains individus peuvent ressentir un sentiment d'incompétence et des affects négatifs susceptibles dans certains cas de les motiver à redoubler d'efforts pour atteindre leur objectif. Cette solution, positive en soi, pourrait toutefois être exigeante sur le plan

physique et émotionnel, exposant l'individu à des risques d'épuisement (Cantor & Blanton, 1996). Ainsi, devant la difficulté d'atteindre un but, le maintien du bien-être psychologique dépend des capacités de l'individu à s'adapter aux contraintes rencontrées.

À cet effet, un modèle incontournable est celui de Brandtstädter et Renner (1990). Ces derniers présentent deux stratégies distinctes et complémentaires dont dispose l'individu devant les obstacles rencontrés dans la poursuite des buts. Il s'agit de l'assimilation et de l'accommodation. L'assimilation se caractérise par une tentative de modifier la situation, notamment par la résolution de problèmes et la persistance dans ses efforts pour atteindre l'objectif désiré, malgré les obstacles. Il est donc question de ténacité dans la poursuite du but. Quant à l'accommodation, elle se traduit par la modification ou l'abandon du but devant des contraintes trop grandes et un réengagement dans des projets différents. L'individu doit donc être en mesure d'ajuster son comportement en fonction des exigences de la situation. Cette stratégie est donc reliée à une poursuite flexible du but.<sup>1</sup> Selon les auteurs, ces deux stratégies sont liées au bien-être psychologique selon les contextes dans lesquels elles sont utilisées. Généralement, les individus utilisent d'abord l'assimilation pour réaliser leurs projets; si les difficultés deviennent trop importantes, certains opteront ensuite pour l'accommodation (Brandtstädter, 2009; Brandtstädter & Renner, 1990; Brandtstädter & Rothermund, 2002).

---

<sup>1</sup> Voir également Brandtstädter, 2009; Brandtstädter & Rothermund, 2002 pour une présentation du modèle.

Lorsqu'un obstacle (réel ou perçu) rend un but inatteignable, la personne peut ressentir une détresse psychologique, de l'impuissance, du découragement, voire des symptômes dépressifs, particulièrement lorsque le but présente beaucoup de valeur et d'importance à ses yeux (Brandtstädter, 2009; Brandtstädter & Rothermund, 2002; Carver & Scheier, 1998; Johnson et al., 2010). La dépression apparaît lorsque la personne n'arrive pas à basculer de l'assimilation vers l'accommodation. Cette dernière devient donc essentielle et favorise le maintien du bien-être psychologique lorsque les buts personnels sont inatteignables (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Trépanier, Lapierre, Baillargeon, & Bouffard, 2001).

Compte tenu des contraintes inhérentes au vieillissement, l'utilisation adéquate des stratégies d'assimilation et d'accommodation, selon les situations, serait donc d'autant plus nécessaire (Bailly et al., 2012). Il semble que les personnes âgées utiliseraient moins la stratégie d'assimilation (Bailly et al., 2012) et davantage l'accommodation (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Heyl, Wahl, & Mollenkopf, 2007). En vieillissant, les individus seraient moins tenaces dans la poursuite de leur but et feraient donc preuve de plus de flexibilité. Ils se désengageraient plus facilement de buts perçus comme inatteignables pour s'investir plutôt dans des projets alternatifs jugés plus réalistes, ce qui contribuerait positivement au bien-être psychologique et négativement à la dépression (Bailly et al., 2012; Bailly, Gana, Hervé, Joulain, & Alaphilippe, 2014; Kelly, Wood, & Mansell, 2013). D'ailleurs, Bailly et al. (2012) ont démontré que l'habileté à ajuster ses



buts aux circonstances était étroitement reliée à la prévention du développement de symptômes dépressifs lors d'événements de vie négatifs.

À cet égard, plusieurs travaux de Wrosch et de ses collègues ont montré que le processus d'ajustement positif aux obstacles à la réalisation des buts implique deux réactions complémentaires : le désengagement et le réengagement dans des projets. Ainsi, les résultats de leurs études indiquent que la capacité à se désengager d'un but diminue la détresse psychologique, tandis que le réengagement dans d'autres buts est relié à des affects positifs, au bien-être subjectif et au sens à la vie (Bauer & Wrosch, 2009; Wrosch et al., 2006, Wrosch, Miller, et al, 2007; Wrosch, Scheier, & Miller, 2013; Wrosch, Scheier, Miller, Schulz, & Carver, 2003).

Globalement, on retiendra que pour influencer positivement le bien-être psychologique, la poursuite des buts suppose une part de flexibilité chez l'individu pour fin qu'il s'adapte aux situations, quitte à revoir s'il le faut ses priorités (Louro et al., 2007).

La poursuite efficace d'un but exige une régulation constante et appropriée des pensées, des émotions et des comportements (Pomerantz & Shim, 2008). À cet égard, Pöhlmann et Brunstein (2000) ont montré que les individus composant le groupe clinique de leur échantillon, des individus hospitalisés souffrant de troubles psychologiques variés (ex. : dépression, dysthymie, troubles de la personnalité et troubles psychosomatiques), auraient en particulier de la difficulté avec la régulation de leurs actions lors de la poursuite

du but. Plus spécifiquement, les chercheurs mentionnent que les patients avaient un sentiment d'auto-efficacité plus faible quant à l'évaluation de leurs capacités à réaliser leurs buts, une moins bonne organisation quant à la planification de leurs objectifs, plus de difficultés à se mettre en action et à ajuster leurs comportements lors de la rencontre d'obstacles, davantage d'autocritique en se comparant négativement aux autres ainsi qu'une grande difficulté, voire une incapacité à se désengager de projets jugés inatteignables. Tout cela ferait en sorte qu'ils éprouveraient moins d'émotions positives et plus d'inconforts envers leurs buts. Pöhlmann et Brunstein (2000) ont aussi relevé que les individus souffrant de problèmes psychologiques (ex. : anxiété, dépression) ne manquaient pas de buts personnels significatifs, mais qu'ils éprouvaient de la difficulté à les réaliser.

On peut retenir de ces propos que la poursuite des buts se caractérise par un investissement personnel sur le plan comportemental (mise en œuvre de la planification, actions posées pour atteindre le but), cognitif (pensées et discours intérieurs favorisant l'atteinte du but) et émotionnel (émotions accompagnant la poursuite du but) et qu'elle implique également l'autorégulation de ces trois composantes en fonction des ressources environnementales et personnelles (Johnson et al., 2010; Pomerantz & Shim, 2008).

### **Évaluation du résultat**

Trop souvent occultée, la dernière étape de la réalisation du but, qui se rapporte à l'évaluation globale de la démarche permet à la personne d'évaluer ses apprentissages et

ses progrès vers l'atteinte du but. Bien qu'elle soit tributaire des attentes de la personne au départ, il n'en demeure pas moins que l'impression d'avoir progressé ou atteint l'objectif est l'une des dimensions de cette étape du processus qui est associée au bien-être psychologique (Brunstein, 1993; Lecci, Karoly, et al., 1994; Sheldon & Houser-Marko, 2001). Les gens qui atteignent leurs buts s'évaluent plus positivement et ont un sentiment plus élevé d'efficacité personnelle; ils s'impliquent davantage dans des buts subséquents et atteignent leurs objectifs, ce qui contribue à leur identité (Sheldon & Houser-Marko, 2001). L'inverse a aussi été démontré chez ceux qui n'atteignent pas leurs objectifs (Nurmi, 1998). Les échecs entraîneraient une hésitation à entreprendre la poursuite de nouveaux projets; ils seraient liés au doute quant aux aptitudes et capacités à atteindre des objectifs chez un individu et susciteraient, du coup, des émotions négatives. De fait, les individus déprimés ressentiraient ces doutes et auraient tendance à regretter les efforts investis dans des buts non atteints ainsi qu'à juger leur investissement dans ces projets comme du temps et de l'énergie « gaspillés », plutôt que de tenter de comprendre ce qui a mené à l'échec afin d'ajuster subséquemment leurs pensées et leurs comportements et ainsi utiliser la situation comme un apprentissage pour la réalisation de nouveaux projets (Lecci, Okun, & Karoly, 1994). Du coup, ces comportements d'évitement limiteraient l'exposition à des expériences positives, pouvant ainsi contribuer à l'émergence et au maintien de symptômes dépressifs (Trew, 2011). Comme mentionné précédemment, ces individus développeraient un biais de perception, c'est-à-dire qu'ils poseraient davantage leur attention sur l'information négative (ex. : obstacles, difficultés,

échecs) et conforteraient ainsi leurs croyances à propos de la nécessité d'éviter de poursuivre des buts afin de ne pas s'exposer à des émotions négatives (Trew, 2011).

Une autre variable à prendre en considération est celle de l'attribution causale du succès, c'est-à-dire ce à quoi l'individu associe sa réussite. Par exemple, un individu qui attribue l'atteinte de son objectif à la chance (cause externe) ne retirera pas les mêmes bienfaits psychologiques de sa démarche que celui qui attribue son succès à ses efforts ou à ses habiletés, donc à une cause interne (Snead, Magal, Christensen, & Ndede-Amadi, 2015).

Toutefois, le fait d'atteindre ses objectifs n'est pas toujours garant de bien-être psychologique. C'est le cas, par exemple, lorsque le bonheur anticipé par la réussite était si grand que celui vécu en réalité est comparativement décevant, ou encore, lorsque les efforts consentis ont été si importants que la personne a perdu l'envie de se réinvestir dans de nouveaux buts (Kruglanski, 1996).

L'évaluation globale de la démarche vers le but est donc tout aussi importante que celle du résultat, puisqu'elle constitue une occasion privilégiée pour l'individu d'apprendre de ses erreurs, de reconnaître les facteurs facilitant la réalisation de ses buts et les stratégies les plus efficaces pour contourner les obstacles. La démarche permet également à la personne de prendre conscience des attitudes et des comportements à

adopter lors de la poursuite de buts ultérieurs, comme le niveau d'efforts à consentir (Gollwitzer, 1996; Watson & Tharp, 2007).

Somme toute, plusieurs travaux indiquent que l'absence de buts ou une défaillance durant l'une des étapes du processus de réalisation (élaboration, planification, poursuite, évaluation) est associée à de la détresse émotionnelle, de la dépression et/ou de l'anxiété (Bauer & Wrosch, 2009; Brandtstädter, 2009; Brandtstädter & Rothermund, 2002; Brunstein et al., 1998; Carver & Scheier, 1998; Emmons, 1986; Emmons & King, 1988; Johnson et al., 2010; Kelly et al., 2011; Lecci, Karoly, et al., 1994; Nuttin 1991; Pöhlmann & Brunstein, 2000; Trew, 2011; Wrosch, Miller, et al., 2007), mais l'effet des buts personnels sur le bien-être psychologique et la santé mentale des aînés ressort aussi clairement de la littérature. C'est pourquoi des chercheurs ont mis sur pied des interventions visant la réalisation de buts personnels. La prochaine section détaille ce point.

### **Interventions orientées vers la réalisation de buts personnels**

Les interventions orientées vers la réalisation de buts personnels s'inscrivent dans le courant de la psychologie positive. Cette dernière est composée d'interventions qui visent essentiellement l'amélioration du bien-être psychologique en mettant l'accent sur les forces de la personne (Petersen & Seligman, 2004; Wong, 2006). Ce courant favorise en outre une vie riche, notamment en nourrissant le sens à la vie, les émotions positives, la sérénité, l'*empowerment* et les relations significatives (Jeste et al., 2015; Seligman, et al.,

2006; Wood & Tarrier, 2010). Parmi les interventions qui s'inscrivent dans ce courant, on retrouve celles qui ciblent la pleine conscience (Zautra et al., 2008), la réalisation des buts (Coote & MacLeod, 2012; Dubé et al., 2014), la gratitude (Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon, 2011; Ramirez, Ortega, Chamorro, & Colmenero, 2014; Sheldon & Lyubomirsky, 2006), l'optimisme (Lyubomirsky et al., 2011), le pardon (Ramirez et al., 2014) et l'espoir (Cheavens, Feldman, Gum, Michael, & Snyder, 2006).

Les bienfaits de la psychologie positive individuelle sont appuyés par une méta-analyse, réalisée par Sin et Lyubomirsky (2009), sur 51 interventions (individuelles ou de groupe) qui avaient toutes pour objectif d'entraîner des pensées, sentiments ou comportements positifs chez des participants dépressifs. Les résultats révèlent que ce genre d'intervention augmente significativement le bien-être et réduit les symptômes de dépression.

Les interventions en psychologie positive pourraient donc être particulièrement utiles pour traiter le manque d'affect positif, d'engagement et de sens à la vie qui caractérisent les personnes atteintes de dépression (Seligman et al., 2006). Comme mentionné précédemment, chacune des étapes du processus menant à la réalisation de projets personnels semble avoir des effets bénéfiques sur ces aspects lorsque certaines conditions sont respectées. C'est pourquoi la prochaine section s'attardera plus spécifiquement à ce type d'intervention.

### **Programme « *Goal-setting and Planning* »**

Insistant sur le fait que l'élaboration et la planification des buts sont des clés du bien-être, Coote et McLeod (2012) ont testé leur programme intitulé « *Goal-setting and Planning* » (GAP) auprès de patients dépressifs, dont la moyenne d'âge était de 52,5 ans. Il s'agit d'une intervention brève de cinq semaines orientée sur la réalisation de projets personnels, dont le but est d'améliorer le bien-être psychologique. Les grandes étapes de la démarche rappellent celles présentées antérieurement dans ce texte, soit, l'élaboration, la sélection, la planification, la poursuite et l'évaluation du processus. La particularité de leur mode de fonctionnement est que les participants sont invités à mettre en pratique, à la maison et de façon autonome, le contenu du manuel d'autotraitement GAP. Le premier groupe de participants recevait un bref appel téléphonique de la part des chercheurs à la fin de la deuxième semaine. Le but de cet appel était d'observer l'adhésion au programme et la progression du participant, ainsi que de fournir un soutien minimal dans l'identification d'un but adéquat. Le deuxième groupe de participants – servant de groupe contrôle – commençait le programme GAP seulement après que le premier groupe l'ait terminé. Les résultats ont démontré une augmentation significative du bien-être et une diminution des symptômes dépressifs chez le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle, principalement chez les personnes avec une longue histoire de dépression (Coote & McLeod, 2012).

### **Programme « En route vers une vie plus heureuse »**

Un autre programme portant sur la gestion des buts personnels et nommé « En route vers une vie plus heureuse » a été élaboré à partir des données probantes des études

empiriques portant sur les étapes du processus de réalisation de projets personnels : l'élaboration, la planification, la poursuite et l'évaluation (Dubé et al., 2014). L'objectif du programme est d'offrir l'occasion aux participants de réaliser un projet porteur de sens et d'apprendre la démarche, afin d'être en mesure de la mettre en pratique ultérieurement. L'idée étant de favoriser le plus possible un bien-être qui perdure (Dubé et al., 2007).

Le programme a été développé au début des années 1990, sous le nom « Gestion des buts personnels », pour ensuite s'appeler « À la retraite, choisissons nos projets » (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2005) et devenir finalement, depuis 2014, « En route vers une vie plus heureuse ». Il a été initialement inspiré des travaux portant sur la perspective future, c'est-à-dire de la représentation mentale des projets d'avenir de la personne âgée (Lapierre, Bouffard, & Bastin, 1993, 1997). Diverses études pilotes ainsi que des recherches subventionnées ont permis d'ajuster le contenu du programme et d'en évaluer les effets auprès de différentes clientèles : étudiants universitaires (Bouffard, Bastin, Lapierre, & Dubé, 2001); personnes âgées (Bouffard, Dubé, Lapierre, & Bastin, 1996), nouveaux retraités de 50 à 65 ans (Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007); personnes atteintes de fibromyalgie (Cardinal, 2005); personnes âgées ayant des idéations suicidaires (Lapierre et al., 2007); divorcé(e)s au mitan de la vie (Navratil & Lapierre, 2009) et femmes victimes d'agression sexuelles durant l'enfance (Rivest, Dubé, & Dubé, 2009). Le programme a également porté fruit à l'intérieur de démarches individuelles : Lavigne (2008) l'a expérimenté auprès d'une femme de 23 ans, présentant des symptômes dépressifs, tandis que Rodrigue (2008) a observé ses effets



auprès d'une femme de 61 ans qui devait s'adapter aux conséquences d'un accident vasculaire cérébral ayant entraîné une paralysie. Le programme a donc été remanié plusieurs fois. La démarche est maintenant décrite de façon claire, précise et systématique dans un manuel destiné à l'animateur (Dubé et al., 2014).

La plupart de ces études ont comparé le niveau de bien-être psychologique (indicateurs variés) des participants après l'intervention à celui qu'ils manifestaient avant leur engagement dans le programme. De manière générale, les travaux rapportent une augmentation significative de plusieurs indices de bien-être psychologique, comme le sens de la vie, la satisfaction de vivre, l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, le niveau d'espoir en la réalisation des projets, l'adaptation, en plus de favoriser une baisse des symptômes dépressifs, de l'anxiété et de la détresse psychologique (Bouffard et al., 1996; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007; Lapierre et al., 2007; Navratil & Lapierre, 2009; Rivest et al., 2009).

Bref, à plusieurs égards, le programme « En route vers une vie plus heureuse » comporte des avantages pour l'intervention auprès des personnes dépressives. En plus d'engendrer des effets sur plusieurs indices du bien-être psychologique, le programme intègre l'approche cognitivo-comportementale dont l'efficacité est reconnue pour réduire la dépression et l'anxiété (Hall, Kellett, Berrios, Bains, & Scott, 2016; Krishna et al., 2011). De plus, s'investir délibérément dans une activité exposerait l'individu à de nouvelles occasions et possibilités, générant potentiellement des effets positifs plus

permanents dans sa vie (Sheldon & Houser-Marko, 2001). Pour les personnes dépressives, on peut donc penser que le programme « En route vers une vie plus heureuse » pourrait représenter une occasion de modifier leurs pensées et leurs activités, plutôt que d'attendre simplement que le temps fasse son oeuvre et d'espérer un changement de circonstances extérieures (Sheldon & Lyubomirsky, 2006). Le programme permet également d'affronter et de surmonter les regrets associés aux buts non poursuivis au cours de la vie. Selon Wrosch, Bauer et Scheier (2005), l'intensité des regrets est d'ailleurs associée à la dépression, particulièrement chez les aînés auxquels il reste moins de temps pour remédier à la situation. Leurs résultats indiquent que les personnes âgées qui considéraient qu'elles avaient moins de possibilités d'atténuer les conséquences de leurs regrets manifestaient un faible niveau de bien-être subjectif, davantage de symptômes dépressifs et de problèmes de santé comparativement aux adultes plus jeunes. Néanmoins, selon Emmons (1996), une réflexion sur les buts non poursuivis, effectuée dans une perspective développementale, permet à l'individu de mieux comprendre les choix qu'il a dû faire, les buts conflictuels auxquels il a été confronté et les priorités qu'il a dû respecter. D'ailleurs, chez les personnes âgées, être capable de se désengager des regrets et de s'engager dans de nouveaux buts pourrait avoir pour effet d'adoucir les regrets et contribuerait à une meilleure qualité de vie (Wrosch et al., 2005). Même si le thème des regrets n'est pas traité directement lors des rencontres, le programme « En route vers une vie plus heureuse » permet aux participants d'identifier des projets abandonnés qu'ils aimeraient achever ou reprendre, oser contacter des personnes qu'ils aimeraient revoir ou tenter de devenir la personne qu'ils auraient souhaité être.

## **Approche cognitivo-comportementale et programme**

### **« En route vers une vie plus heureuse »**

Le programme « En route vers une vie plus heureuse » utilise l'approche cognitivo-comportementale. Cette dernière se base sur le postulat qu'en changeant sa façon de penser ou d'interpréter les événements, l'individu changerait sa réaction et ses comportements et trouverait ainsi un plus grand bonheur. Selon le modèle cognitif de la dépression de Wilkinson (2011), les croyances négatives et irrationnelles qu'un individu entretient sur lui-même et le monde peuvent conduire à une vulnérabilité susceptible d'être déclenchée à la suite de pertes déterminantes dans sa vie. Par exemple, un mauvais traitement de l'information, qui se présenterait sous la forme d'une hypergénéralisation des pensées négatives, modulerait le comportement et maintiendrait l'humeur dépressive. En ce qui a trait plus spécifiquement aux pensées négatives concernant les buts, les résultats de Lecci, Karoly, et al. (1994) ont montré que la dépression et l'anxiété étaient liées à des objectifs évalués comme stressants, à une évaluation négative des obstacles, une faible planification des activités, un faible niveau de compétence perçue, un faible espoir de résultats positifs et des difficultés sur le plan de la motivation. Tel qu'intégré dans le programme « En route vers une vie plus heureuse », l'approche cognitivo-comportementale permet aux participants d'effectuer un travail sur des modes de pensées négatives à propos de la réalisation de leurs buts, et ce, peu importe l'étape du processus dans laquelle ils se situent. Puisque le programme « En route vers une vie plus heureuse » vise la promotion du bien-être et de la santé mentale, l'approche cognitivo-

comportementale constitue, dans ce contexte, un mode d'intervention complémentaire pour outiller les participants dans la poursuite de leurs buts (Dubé et al., 2014).

L'ensemble de ces constats indique qu'il serait pertinent d'évaluer l'influence possible du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur les symptômes dépressifs et anxieux de personnes âgées de 65 ans et plus. Mais tout d'abord, il apparaît essentiel de décrire les caractéristiques de la dépression et de l'anxiété, telles qu'elles apparaissent chez les aînés.

### **Dépression et anxiété chez les personnes âgées**

#### **Diagnostic et caractéristiques de la dépression chez les personnes âgées**

Idéalement, le diagnostic de dépression devrait être fondé sur une approche multidimensionnelle (Chew-Graham, 2010; Colasanti, Marianetti, Micacchi, Amabile, & Mina, 2010) : entrevue clinique, anamnèse des antécédents, observation des comportements du patient, investigation des symptômes psychologiques, entrevues avec les proches et investigations des modifications du rythme corporel de base (ex. : sommeil, appétit, température).

Les troubles de l'humeur se présentent sous diverses formes en fonction de la nature, de l'intensité et de l'étiologie des symptômes : la dépression majeure, la dépression mineure, la dépression sous-clinique (lorsque les symptômes ne sont pas en nombre ou en sévérité suffisants pour émettre le diagnostic de dépression majeure; Geiselman & Bauer,

2000), ainsi que la dysthymie et les troubles bipolaires. Pour sa part, la dépression majeure est un trouble clinique à part entière pour lequel on retrouve des critères diagnostiques précis qui se résument ainsi : humeur dysphorique, perte d'intérêt ou de plaisir dans la vie et dans les activités de loisirs, perte d'appétit ou hyperphagie (perte ou gain de poids significatif), insomnie ou hypersomnie, perte d'énergie, fatigue (lassitude ou épuisement), agitation ou ralentissement psychomoteur, sentiment excessif de culpabilité (ruminations), manque de concentration, incapacité à penser et idéations suicidaires. Le fonctionnement général de l'individu doit être perturbé de façon significative, c'est-à-dire en contraste marqué par rapport au fonctionnement antérieur et accompagné d'un niveau de détresse important (American Psychiatric Association, 2000)<sup>2</sup>. Il faut noter que, chez les personnes âgées, les symptômes dépressifs peuvent aussi être causés par la maladie physique, le deuil, les difficultés d'adaptation ou par des problèmes cognitifs; il est donc essentiel d'être en mesure de poser un diagnostic différentiel.

### **Prévalence et description du trouble dépressif à l'âge avancé**

Les estimations de prévalence du trouble dépressif varient grandement entre les études étant donné les différences conceptuelles et méthodologiques dans l'évaluation de cette maladie. Des études évaluent la dépression soit à partir d'entrevues cliniques effectuées par des professionnels de la santé mentale, soit à l'aide de questionnaires se basant sur les critères diagnostiques ou encore avec des échelles d'auto-évaluation de la

---

<sup>2</sup> Les critères mentionnés sont ceux du DSM-IV, puisque les études citées dans cette section ont utilisé cette version de l'ouvrage. Le trouble de dépression majeure a été remplacé dans le DSM-5 par le trouble dépressif caractérisé, mais les critères diagnostiques demeurent les mêmes.

présence des symptômes dépressifs (Blazer, 2011; Chen & Copeland, 2011). Il n'est pas nécessaire que le patient présente un diagnostic de dépression majeure pour que les symptômes soient suffisamment importants pour causer de la détresse et altérer la qualité de vie de la personne âgée (Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002; Beekman, Deeg, Braam, Smit, & van Tilburg, 1997; Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni, & Jeste, 2011). C'est pourquoi il est fréquent que les études épidémiologiques tiennent compte uniquement de la présence de symptômes dépressifs et non de celle d'un diagnostic établi pour montrer l'ampleur du phénomène. Ainsi, lorsque les dépressions mineure et sous-clinique sont incluses dans les données épidémiologiques, ou lorsque les études évaluent simplement la présence de symptômes, le taux de prévalence augmente considérablement. Voici tout de même quelques chiffres qui donnent un aperçu du phénomène.

Une étude canadienne publiée en 2008 et réalisée auprès de 7736 personnes âgées de 65 ans et plus a montré une prévalence sur 12 mois de 3,8 % pour la dépression majeure et de 18,7 % lorsque les symptômes dépressifs étaient inclus (Cole, McCusker, Sewitch, Ciampi, & Dyachenko, 2008). Au Québec, l'Enquête sur la santé des aînés, réalisée en 2005-2006, auprès de 2798 personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté, a révélé que 12,7 % des participants présentaient un trouble de santé mentale qui répondait aux critères du DSM-IV; les troubles de l'humeur étaient en tête avec une prévalence de 7,4 % (incluant dépression majeure, dépression mineure ou épisode maniaque). À elle seule, la dépression majeure touchait 1,1 % des participants, comparativement à 5,7 %

pour la dépression mineure (prévalence sur 12 mois), faisant de cette dernière le type de dépression le plus fréquent dans cette population (Préville et al., 2008).

Les études réalisées aux États-Unis montrent également que la dépression mineure est un trouble fréquent chez les personnes âgées, avec une prévalence plus élevée que dans la population générale (Alexopoulos, Borson, et al., 2002; Beekman et al., 1995; Blazer, 2002; Kumar, Lavretsky, & Elderkin-Thompson, 2004). Lorsque regroupés, les taux de prévalence des dépressions mineure et sous-clinique seraient deux à trois fois plus élevés que celui de la dépression majeure, selon la méta-analyse de Meeks et al. (2011). Aux Pays-Bas, les données de Beekman, Copeland et Prince (1999) font même ressortir une prévalence de 35 % pour les troubles de l'humeur, lorsque les dépressions mineure et sous-clinique sont incluses.

Pour ce qui est des différences entre les genres, les données canadiennes indiquent une prévalence des troubles de l'humeur de 6,2 % chez les femmes de 65 ans et plus et de 5,4 % chez les hommes (Statistique Canada, 2008). Au Québec, les résultats de Préville et al. (2008) rapportent un taux de 8,3 % (sur 12 mois) pour les dépressions majeure et mineure chez les femmes de 65 ans et plus ( $n = 1650$ ) et de 4,6 % chez les hommes de cette même tranche d'âge ( $n = 1148$ ). Dans une étude réalisée auprès de 13 004 individus vivant en Angleterre ou au Pays de Galles, Chen et Copeland (2011) rapportent une prévalence de 10,4 % pour la dépression majeure cliniquement diagnostiquée chez les femmes âgées de plus de 65 ans, comparativement à 6,5 % pour les hommes. La

prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes âgées pourrait être attribuable au fait qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles seraient ainsi davantage exposées à des facteurs de risque (veuvage, maladies chroniques multiples, démence, relogement; Beekman et al., 2011; Steiner, 2008). Il se peut également que les professionnels détectent plus facilement la dépression chez les femmes puisque ces dernières exprimeraient davantage leur tristesse ou leur désarroi, comparativement aux hommes (Drapeau, Boyer, & Lesage, 2009; Hinton et al., 2006; Koenig & Blazer, 2007).

Les résultats de l'étude américaine de Kessler et al. (2010), sur la prévalence de la dépression majeure chez les adultes de 18 ans et plus, peuvent laisser croire que la dépression diminue en vieillissant, mais il est difficile de savoir si les troubles de l'humeur sont réellement moins fréquents ou s'ils sont moins détectés chez les personnes âgées. La dépression est effectivement réputée pour être sous-diagnostiquée chez les aînés du fait de la présence de symptômes physiques (ex. : problème de sommeil, perte d'appétit, ralentissement psychomoteur), qui sont fréquemment associés, par les professionnels de la santé, au vieillissement normal ou à une maladie physique et non à la dépression (Chen & Copeland, 2011; Lebowitz & Olin, 2004).

Chen et Copeland (2011) soulignent que les personnes atteintes de troubles neurocognitifs sont souvent exclues des études épidémiologiques, ce qui contribue à la baisse de l'estimation de la prévalence de la dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ce biais est d'autant plus important que la prévalence des déficits cognitifs



augmente avec l'âge (World Health Organization and Alzheimer's Disease International, 2012) et que des études rapportent la présence de symptômes dépressifs chez 35 à 50 % des personnes atteintes de troubles neurocognitifs (Harwood, Barker, Ownby, Mullan, & Duara, 2000; Li, Meyer, & Thornby, 2001).

L'estimation à la baisse peut aussi s'expliquer par la tendance des personnes âgées à cacher, minimiser, voire nier leurs symptômes dépressifs (Alexopoulos, 2005). Il est en effet fréquent que les adultes âgés aient de la difficulté à reconnaître leur détresse ou soient réticents à rapporter leurs symptômes à un professionnel (Gallo & Rabins, 1999; Hinton et al., 2006). À titre d'exemple, les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé des aînés (Préville et al., 2008) montrent que seulement 39 % des personnes ayant au moins un diagnostic du DSM-IV disent avoir utilisé les services de santé pour leur détresse psychologique, au cours des 12 derniers mois. Parmi celles-ci, 85 % ont visité un médecin généraliste plutôt qu'une ressource spécialisée. Certains auteurs avancent que cela pourrait être causé par la connotation négative souvent rattachée au diagnostic de maladie mentale et la crainte relative à la stigmatisation sociale pouvant en découler, surtout chez les hommes (Hinton et al., 2006). Selon Chew-Graham (2011), l'hésitation à demander de l'aide peut aussi provenir de fausses croyances, comme celle voulant que les antidépresseurs soient addictifs ou qu'ils interfèrent avec les médicaments déjà prescrits pour une condition médicale.

Chez les hommes, la dépression et la détresse qui y est associée semblent se manifester surtout sous la forme de comportements agressifs ou autodestructeurs ainsi que par des conflits interpersonnels avec leur entourage plutôt que par la perte d'intérêt pour les activités ou l'humeur dépressive, ce qui compliquerait le dépistage de cette maladie (Drapeau et al., 2009; Hinton et al., 2006; Koenig & Blazer, 2007).

Il faut donc être prudent dans l'interprétation des taux de prévalence de la dépression chez les personnes âgées présentés dans les études, son estimation étant influencée par plusieurs facteurs (King & Markus, 2000). Toutefois, selon l'étude épidémiologique internationale de Chen et Copeland (2011), il n'en demeure pas moins que la dépression est le problème de santé mentale le plus fréquent chez les personnes âgées.

### **Étiologie et facteurs de risque de la dépression à l'âge avancé**

Des études cliniques soutiennent que les personnes âgées sont davantage exposées à des facteurs de risque de dépression, ce qui est compatible avec l'hypothèse voulant que les symptômes dépressifs soient davantage liés aux événements (et à la façon de s'y adapter) plutôt qu'à l'âge comme tel (Beekman et al., 2011; Glass, Kasl, & Berkman, 1997).

Parmi les facteurs de risque les plus fréquemment associés à la dépression des aînés, on retrouve le deuil (Alexopoulos, 2005; Cole & Dendukuri, 2003; Chew-Graham, 2011; Cuijpers, Smit, Lebowitz, & Beekman, 2011; L  o & Gallarda, 2000) et les pertes

(maladie, handicap, retraite, relogement, etc.; Alexopoulos, 2005; Cole & Dendukuri, 2003; L  o & Gallarda, 2000), ces dernières suscitant aussi un processus de deuil. C'est pourquoi les professionnels doivent être vigilants et distinguer les fluctuations normales de l'humeur (période de tristesse et de démoralisation), le deuil, le deuil pathologique et la dépression proprement dite (American Psychiatric Association, 2015).

L'annonce d'un diagnostic de maladie physique majeure (Chew-Graham, 2011; Cole & Dendukuri, 2003) ou de démence (Alexopoulos, 2005; Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002), une perte d'autonomie physique ou un état d'invalidité ou une maladie chronique (Alexopoulos, 2005; Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002; Chen & Copeland, 2011; Chew-Graham, 2011; Cole & Dendukuri, 2003; Katon et al., 2007; Lapierre et al., 2012, 2015; Licht-Strunk, van der Windt, van Marwijk, de Haan, & Beekman, 2007; Meeks, Murrell, & Mehl, 2000) sont aussi des événements liés à la dépression et au désir de mourir selon la littérature scientifique. La dépression tardive survient souvent dans un contexte de problèmes médicaux ou neurologiques; d'ailleurs, plus la charge médicale globale est grande, plus le risque de dépression est élevé (Alexopoulos, 2005; Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002). Il arrive aussi que l'aggravation de la condition physique ne soit pas l'élément déclencheur d'un trouble dépressif, mais qu'il contribue à l'intensification des symptômes préexistants (Meeks et al., 2000).

Le lien entre maladie physique et dépression à l'âge avancé doit toutefois être interprété avec prudence. Dans leur enquête mondiale sur la santé mentale (World Mental

Health Survey), Scott et al. (2008) ont constaté que même si la majorité des personnes âgées souffrent d'une maladie physique chronique, une grande proportion de celles-ci ne présente pas de signe de dépression ou d'anxiété. Par contre, la majorité de celles qui ont un trouble de santé mentale présente aussi des problèmes de santé physique (Meeks et al., 2000; Scott et al., 2008).

Finalement, d'autres écrits font ressortir l'isolement social et la solitude comme facteurs de risque de la dépression (Alexopoulos, 2005; Blazer, 2005; Chen & Copeland, 2011; Chew-Graham, 2011; Léo & Gallarda, 2000) ainsi qu'un faible niveau socio-économique (Alexopoulos, 2005; Beattie et al., 2010; Chen & Copeland, 2011).

### **Conséquences de la dépression sur la personne âgée**

Tel que mentionné précédemment, la maladie physique est un facteur de risque de dépression, mais plusieurs études suggèrent également qu'un état dépressif entraînera lui aussi des effets sur l'autonomie et la santé physique en augmentant les risques de maladies ou en aggravant celles déjà diagnostiquées (Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002; Katon & Ciechanowski, 2002; Katon et al., 2007; Lebowitz & Olin, 2004; Scott et al., 2008; Vaillant, Orav, Meyer, McCullough Vaillant, & Roston, 1996).

De plus, la dépression chez l'ainé est également liée à une augmentation des risques de mortalité, surtout lorsqu'elle est non diagnostiquée, non traitée, sévère ou chronique (Andreescu, Chang, Mulsant, & Ganguli, 2007; Bogner, Morales, Reynolds III, Cary, &

Bruce, 2012; Lebowitz & Olin, 2004; Schoevers et al., 2000; Schoevers et al., 2009). Ce risque de mortalité ne serait pas uniquement attribuable au décès par suicide, mais aussi à la maladie, notamment cardiovasculaire (Beekman et al., 2011; Schoevers et al., 2009), et à la dégradation de l'état de santé général due à une mauvaise hygiène de vie (ex. : tabac, alcool, alimentation insuffisante; Vaillant et al., 1996).

Il n'y a pas que la santé physique qui soit affectée par la dépression majeure. Les conséquences de celle-ci touchent plusieurs aspects de la vie de la personne (Beekman et al., 2011). Par exemple, sur le plan social, la dépression est associée à une perte significative de la qualité des relations des patients avec leurs proches (Vaillant et al., 1996) et à l'isolement social (Chen & Copeland, 2011).

Des études suggèrent que la dépression sous-clinique occasionnerait des conséquences similaires à celles générées par la dépression majeure sur le bien-être et le fonctionnement des personnes âgées (Beekman et al., 1997; Geiselman & Bauer, 2000) et qu'elle aurait un effet significatif sur la mortalité chez les hommes (Schoevers et al., 2000). La dépression mineure contribuerait, quant à elle, à l'invalidité et progresserait souvent vers des troubles majeurs de dépression ou évoluerait vers un trouble neurocognitif (Alexopoulos, Borson, et al., 2002).

Globalement, les conséquences de la dépression, surtout en cas de dépression grave, seraient plus marquées chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes et cela

pourrait s'expliquer par des conditions de vie particulières chez l'aîné (Beekman et al., 2011). Ceci est par exemple caractéristique de personnes âgées qui habitent seules et qui ne présentent pas de motivation à cuisiner, entraînant une dénutrition. Cette situation peut engendrer un relogement dans une résidence avec services adaptés, générant encore davantage de rupture sociale.

### **Conséquences de la dépression sur le système de santé**

Les conséquences de la dépression sur la santé de l'individu augmentent le niveau d'utilisation des services de santé, entraînant ainsi des coûts financiers importants pour la population générale (Cuijpers et al., 2011). Aux États-Unis, Katon, Lin, Russo et Unützer (2003) ont étudié le coût des frais médicaux de 11 679 personnes âgées de 60 ans et plus, recevant des soins dans un centre de santé, dans le but de vérifier s'il y avait une différence entre les personnes ayant des symptômes dépressifs ou un diagnostic de dépression majeure et celles qui n'en ont pas. Après avoir contrôlé statistiquement l'influence des maladies chroniques, les résultats indiquent que les frais sont de 43 % à 52 % plus élevés pour les soins ambulatoires chez la clientèle dépressive et de 46 % à 51 % plus élevés pour les frais d'hospitalisation. Il est cependant intéressant de noter qu'aucune différence significative n'a été trouvée à ce sujet entre la clientèle ayant des symptômes dépressifs et celle ayant un diagnostic de dépression, d'où l'importance de tenir compte des manifestations globales de détresse et pas seulement des cas diagnostiqués.

Au Québec, Vasiliadis et ses collaborateurs (2012) ont aussi estimé les frais de soins de santé attribuables à la dépression et à l'anxiété dans le système de santé. La consultation des dossiers médicaux de 2494 participants âgés de 65 ans et plus vivant dans la communauté a permis de comparer les frais de santé (hospitalisations, visites à l'urgence, services ambulatoires, honoraires des médecins et médication) de personnes souffrant de dépression, d'anxiété ou les deux (selon les critères du DSM-IV), à celles qui n'ont pas ces diagnostics. Les coûts excédentaires de soins de santé ont été évalués à 27,4 \$ millions pour la dépression, 80 \$ millions pour l'anxiété et 119,8 \$ millions pour la dépression et l'anxiété en comorbidité, et ce, pour chaque million d'habitants de plus de 65 ans (Vasiliadis et al., 2012).

### **Comorbidité de la dépression et de l'anxiété chez les personnes âgées**

À l'âge avancé, la dépression est régulièrement accompagnée d'anxiété (Alexopoulos, 1990; Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyüz, 2009; Lenze, 2003; Mehta et al., 2003) : les estimations de comorbidité<sup>3</sup> varient entre 27,5 % et 47,5 % (Beekman et al., 2000; Cairney, Corna, Velhuizen, Herrmann, & Streiner, 2008; Jeste, Hays, & Steffens, 2006; Lenze et al., 2000; Mehta et al., 2003). Le phénomène est fréquent au point

---

<sup>2</sup> L'interprétation des résultats des études portant sur la comorbidité doit toutefois être faite avec prudence puisque la comorbidité n'est pas opérationnalisée de la même façon selon les études et les mesures utilisées ne sont pas uniformes. Le terme comorbidité a été utilisé dans les quatre situations suivantes : 1) des symptômes dépressifs et anxieux simultanément (sans diagnostic), 2) un diagnostic de dépression accompagné de symptômes anxieux; 3) un diagnostic de trouble anxieux accompagné de symptômes dépressifs; 4) deux diagnostics en même temps (ex. : dépression majeure et troubles d'anxiété généralisée).

d'avoir sa propre appellation dans la littérature, soit la « dépression anxieuse » (Lenze, 2003).

Plusieurs auteurs, dont Lenze (2003), considèrent que les manifestations des symptômes de dépression et d'anxiété sont similaires et se chevauchent, amenant les chercheurs à se questionner sur le lien entre les deux troubles. L'hypothèse qu'il s'agisse d'un même trouble, comme si les manifestations dépressives et anxieuses constituaient deux facettes d'un même mal, est étudiée, mais ne fait pas consensus au sein de la communauté scientifique (Bryant et al., 2008; Goldberg, 2010; Pizzagalli, 2016; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Dès 1987, les travaux de Copeland et ses collaborateurs avançaient l'hypothèse voulant que les symptômes d'anxiété généralisée soient plus susceptibles de se manifester conjointement avec d'autres problèmes de santé mentale (ex. : dépression, schizophrénie, troubles cognitifs) et devraient ainsi être considérés comme un critère diagnostique d'un autre trouble plutôt qu'un trouble à part entière. Cette hypothèse capte l'intérêt des chercheurs encore à ce jour (Insel, 2014; National Research Council, 2011).

À l'inverse, d'autres chercheurs insistent sur l'importance de considérer l'anxiété généralisée comme un trouble à part entière, distinct de la dépression (Lenze et al., 2005; Martin & Nemeroff, 2010). Une revue systématique réalisée par Bryant et al. (2008) a clairement mis en évidence que des taux élevés d'anxiété sont fréquemment présents en l'absence de dépression. À titre d'exemple, seulement 15 % des participants de l'étude de



van Balkom et al. (2000) et 26,1 % de l'échantillon de Beekman et al. (2000) ayant un diagnostic d'anxiété généralisée rencontraient des critères de dépression majeure en comorbidité, ce qui amène les chercheurs à conclure que les troubles anxieux sans dépression comorbide sont plus fréquents que la dépression sans anxiété comorbide (Beekman et al. 2000; van Balkom et al. 2000).

La présence des deux troubles en concomitance serait toutefois beaucoup plus faible. À titre d'exemple, dans l'échantillon de Schoevers et ses collaborateurs, elle était de 1,8 % (Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker, & van Tilburg, 2003). La présence simultanée des deux diagnostics est peu documentée dans la littérature et l'une des explications est celle reliée à la hiérarchie du DSM où la règle d'exclusion exige que le diagnostic d'anxiété généralisée ne puisse être posé si les symptômes d'anxiété se présentent seulement durant un épisode dépressif (Bryant et al., 2008; Lenze et al., 2000). Dans cette perspective, les participants qui ont un diagnostic de dépression n'ont automatiquement pas un diagnostic d'anxiété. Comme l'association entre l'anxiété et la dépression est suffisamment forte et fréquente dans la littérature, cela justifie l'inclusion d'une mesure d'anxiété dans cette étude.

On constate donc que la dépression et l'anxiété, qui y est fréquemment associée, génèrent des symptômes qui peuvent influencer la poursuite de buts personnels (ex. : perte d'intérêt nuisant à l'élaboration, manque de motivation pour la planification, ruminations altérant la poursuite). Il semble donc pertinent d'appliquer le programme orienté vers la

réalisation de buts personnels aux personnes dépressives et d'examiner si ce genre d'intervention peut diminuer les symptômes.

### **Objectif de l'étude**

L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'effet du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur les symptômes dépressifs et anxieux de personnes âgées de plus de 65 ans.

### **Hypothèses**

Les participants au programme « En route vers une vie plus heureuse » (groupe intervention) devraient connaître une augmentation significative de leur capacité perçue de réalisation de leurs buts comparativement au groupe contrôle, et ce au post-test et à la relance.

Les participants du groupe intervention devraient par contre présenter une diminution significative de l'intensité de leurs symptômes dépressifs et anxieux comparativement au groupe contrôle, et ce au post-test et à la relance.

## Méthode

Cette section comprend une description détaillée du programme « En route vers une vie plus heureuse », suivie d'une présentation du déroulement de l'expérimentation, des instruments de mesure utilisés et des participants.

### **Description du programme « En route vers une vie plus heureuse »**

Le programme comporte 14 rencontres hebdomadaires, d'une durée de deux heures, réparties en cinq étapes : rencontres préliminaires, élaboration du but, planification, poursuite et finalement, évaluation du processus et des apprentissages (Dubé et al., 2014). Il s'inspire de l'approche cognitivo-comportementale et intègre certaines de ses techniques.

Des modifications ont été apportées à la version de 2005 du programme (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2005) afin de tenir compte des symptômes des personnes dépressives (ex. : ralentissement psychomoteur et cognitif, fatigue, sentiment de dévalorisation, repli sur soi; Gotlib & Hammen, 2009; Hinrichsen & Clougherty, 2006) et de respecter le rythme de cette clientèle (Ferrey, Le Gouès, & Rivière, 2008; Knight, 2004). Le nombre de rencontres a été augmenté de 10 à 14. Les thèmes des échanges de l'étape préliminaire ont été modifiés puisque, dans sa version originale (Dubé, Bouffard et Lapierre, 2005), le programme s'adressait à des personnes vivant une transition (ex. : retraite). Ainsi, au lieu de demander aux participants comment ils ont vécu cette transition,

ils étaient plutôt invités à raconter simplement comment se déroulent leurs journées et ce à quoi ils aimeraient qu'elles ressemblent. La taille des groupes a été diminuée à six personnes plutôt que huit pour qu'elles aient davantage de temps de parole. Chaque groupe était guidé par un animateur, étudiant au doctorat en psychologie ou psychologue, spécialement formé à cet effet. Tous les animateurs complétaient une note d'observation après chaque rencontre. Le Tableau 1 présente le contenu de chaque étape.

### **Étapes préliminaires**

**Rencontres 1, 2 et 3.** Les rencontres préliminaires ont essentiellement pour but de favoriser un climat de confiance, afin de faciliter l'ouverture et l'engagement dans la démarche. La première rencontre a pour but de présenter le programme aux participants et de leur permettre de faire connaissance. Il s'agit simplement d'une activité sociale qui permet, néanmoins, d'expliquer les règles de fonctionnement du groupe et l'importance du respect de la confidentialité de ce qui est partagé durant les rencontres, tout en favorisant la cohésion et la coopération des membres du groupe. Les échanges des rencontres 2 et 3 visent à susciter le partage du vécu des participants.

Tableau 1

*Étapes du programme « En route vers une vie plus heureuse »  
(Dubé, Bouffard, Lapierre, & Marcoux, 2014)*

Étapes	Ren- contres <sup>a</sup>	Contenu
Étapes prélimi- naires	1	Présentation du programme.  Activité d'accueil pour faciliter la cohésion et la coopération entre les membres du groupe.
	2-3	Échanges sur leur situation actuelle. Prise de conscience de la similitude des problèmes rencontrés.
Élaboration du but	4-5	Inventaire des buts, aspirations et intérêts. Exploration des domaines prioritaires selon les domaines de vie.  Identification des pensées nuisibles et des croyances négatives qui empêchent la réalisation des buts.
	6	Sélection de 5 buts prioritaires. Évaluation selon différentes dimensions : difficulté, stress, effort, probabilité de réalisation, plaisir, contrôle, soutien par autrui, conflit, efficacité, etc. pour faire ressortir toutes les implications des buts retenus.
	7	Choix d'un but important et traduction en comportement-cible, c'est-à-dire en actions concrètes, claires et précises en vue de faciliter sa réalisation.  Engagement envers le groupe à poursuivre le but choisi.
Planification du but	8-9	Choix des moyens et des actions concrètes pour atteindre le but, spécification des étapes de réalisation, prévision des obstacles et des stratégies pour les affronter, identification des ressources personnelles et environnementales incluant l'aide possible d'autrui.
Poursuite du but	10-11- 12-13	Exécution du plan d'action. Évaluation des efforts, progrès, difficultés, habiletés et ressources. Identification des pensées et émotions qui empêchent la réalisation des actions. Ajustements aux imprévus. Le soutien du groupe est essentiel.
Évaluation	14	Évaluation des progrès réalisés dans la réalisation du but, prise de conscience des apprentissages effectués au cours de la démarche et de la capacité à utiliser les acquis dans le futur. Évaluation de la satisfaction.

<sup>a</sup>Le nombre de rencontres pour chaque étape peut varier puisque chaque groupe suit son propre rythme.

### **Étape de l'élaboration du but**

L'étape de l'élaboration du but comporte quatre rencontres. Elle a pour objectif de stimuler les participants à nommer plusieurs projets qu'ils aimeraient réaliser, à identifier les pensées qui nuisent à l'émergence et à la poursuite de projets, à cibler leurs buts prioritaires et à en choisir un qu'ils poursuivront durant la démarche.

**Rencontres 4 et 5.** La quatrième rencontre a essentiellement pour but d'amener les participants à établir une liste des buts, des aspirations et des désirs qui les habitent. Par le biais de la Méthode d'Induction Motivationnelle qui comporte 23 phrases à compléter, comme « Je veux ... », « J'ai l'intention de ... », « Je serai heureux quand ... », les participants sont encouragés à faire un inventaire détaillé de leurs projets, objectifs et buts (Nuttin & Lens, 1985).

Après avoir réalisé l'exercice, les rudiments de l'approche cognitive de Beck sont présentés, afin de sensibiliser les participants aux rôles des pensées nuisibles et des croyances sur leur façon de percevoir le monde et la manière dont celles-ci influencent la réalisation de leurs buts (Beck, 2010). Plus concrètement, les participants sont initiés à l'approche émotive-rationnelle (modèle ABC) de Ellis (1991). Selon ce modèle, les émotions/comportements/réactions physiologiques ne découlent pas directement des situations vécues, mais plutôt des idées/images qui nous viennent en tête au moment où nous vivons ces situations. Il arrive que ces idées/images soient nuisibles. C'est pourquoi les participants sont invités à les remettre en question dans l'optique de les remplacer par

des idées plus aidantes. Pour ce faire, ils peuvent se poser des questions comme : « Qu'est-ce qui me prouve que cette pensée est vraie? Est-ce que cette pensée m'aide à réaliser des projets importants pour moi? Par quelle pensée plus aidante puis-je remplacer cette idée nuisible? » Par exemple, dans le cadre de l'atelier, un participant qui n'atteint pas son objectif quotidien et qui se dit : « Je n'ai jamais eu de discipline, c'est peine perdue! » risque de vivre plus d'émotions négatives qu'un participant qui, devant la même situation, se dit : « J'ai fait mon possible. Je réessaierai demain. »

Dans cet esprit, les participants sont invités à « écouter leur discours intérieur » pour prendre conscience de la teneur de leurs pensées et identifier si ces dernières sont vraies (qu'elles correspondent à la réalité et génèrent des émotions proportionnelles à l'événement vécu); fausses (qu'elles sont teintées de biais qui amplifient ou minimisent les émotions vécues et freinent, voire bloquent la poursuite du but) ou douteuses (pensées ni vraies ni fausses, mais qui méritent d'être remises en question pour connaître leurs effets sur la réalisation du but).

Ainsi, les participants sont mieux outillés pour identifier les idées qui leur viennent en tête tout au long de la démarche, repérer et modifier éventuellement celles qui sont nuisibles à la réalisation de leur but. L'objectif est de favoriser une attitude propice à la réalisation des buts plutôt que de formuler des pensées qui créent des obstacles à cette démarche (ex. : « À mon âge, je ne peux pas faire ce genre de projet »). L'idée est de suspendre le plus possible l'autosabotage. À la fin de la quatrième rencontre, l'animateur



encouragera les participants à porter attention à leurs pensées au cours de la semaine et à continuer de répondre aux 23 phrases à compléter à la lumière de leurs nouvelles connaissances sur les croyances nuisibles tout en se permettant d'exprimer tous leurs rêves, quels qu'ils soient.

Lors de la cinquième rencontre, les participants sont appelés à témoigner de leurs prises de conscience sur certaines pensées nuisibles qui les habitent. Avec le soutien du groupe et de l'animateur, tous sont invités à réfléchir à l'effet qu'ont ces pensées sur leurs buts et à l'inhibition qu'elles peuvent provoquer. L'animateur sensibilise également les participants aux besoins occultés par les projets rejetés. Il guide les échanges, notamment, dans l'identification du besoin qui se cache derrière certains désirs, dans le but de trouver une façon réaliste de répondre à ce besoin, plutôt que de rejeter le désir du revers de la main. Par exemple, un membre du groupe dit : « J'ai toujours rêvé d'escalader le mont Kilimandjaro, mais je suis trop vieux. » L'animateur utilise cette situation pour montrer aux participants que, dans ce cas, il est important de se poser la question suivante : « quel est le besoin (ex. : compétence) ou la valeur (courage, détermination ou persévérance) qui tente de s'exprimer derrière ce projet ? ». Si le besoin formulé était de relever un défi, il est essentiel que l'individu se penche sur les diverses manières de planifier cette ascension, que ce soit par un entraînement régulier ou par l'organisation d'un soutien logistique approprié, avant d'abandonner l'idée même du projet. Néanmoins, les participants doivent surtout comprendre que le besoin ou la valeur qui se cache derrière le projet peut être assouvi autrement que par le projet original. Ainsi, nul doute que l'escalade du

Kilimandjaro n'est pas la seule façon de satisfaire le besoin de relever un défi. Le rôle de l'animateur sera donc d'amener les participants à identifier un but qui leur permettra de répondre à leur besoin individuel tout en respectant leur condition physique ou leur situation matérielle, et ce, tout en s'assurant que le but est modifié non pas par résignation à la suite d'idées nuisibles, mais bien à la suite d'un choix éclairé résultant de l'analyse du besoin qui aura émergé.

L'animateur sensibilise en outre les participants à l'importance d'identifier des buts dans chacune des sphères suivantes : santé et bien-être physique; vie affective; vie sociale ou interpersonnelle, développement personnel et intellectuel, vie spirituelle ou transcendante, sécurité, possessions ou confort matériel (inspiré de Pöhlmann & Brunstein, 2000). Ce faisant, les participants prennent conscience des sphères qui ressortent peu ou pas de leur inventaire et tentent d'identifier des buts qui permettraient de les combler.

Les participants sont aussi invités à réfléchir aux buts mentionnés dans leur inventaire en tenant compte de la hiérarchie de leurs valeurs. L'exercice vise à les aider à évaluer la cohérence et la congruence de la structure globale dégagée par l'ensemble de leurs buts (Sheldon & Kasser, 1995). Cette réflexion vise également à encourager l'identification de buts associés à une motivation intrinsèque. La *Figure 1* illustre ce à quoi peut ressembler la hiérarchie de buts d'un participant lorsqu'elle est congruente et cohérente.

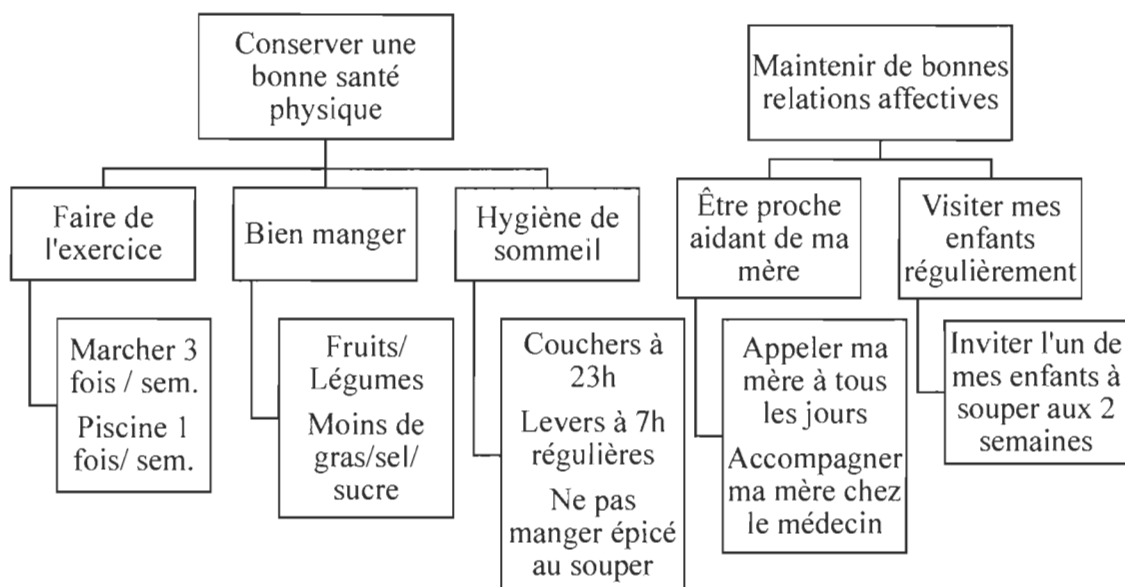


Figure 1. Exemple fictif de hiérarchie de buts d'un participant.

Dans l'exemple qui précède, le participant devrait prendre conscience que « faire de l'exercice » est au même niveau de priorité qu'« être proche aidant de sa mère » et être plus sensible aux choix qu'il devra faire pour éviter les conflits entre ses buts et sous-buts.

**Rencontre 6.** Lors de cette rencontre, les participants doivent sélectionner cinq buts prioritaires, écrire en quoi chaque but est important puis indiquer les difficultés et obstacles à prévoir. Par la suite ils sont invités à remplir la matrice de Little; un exercice qui consiste à reprendre les cinq buts qu'ils estiment prioritaires et à les évaluer, sur des échelles de 0 à 10, en fonction des diverses caractéristiques suivantes : importance, plaisir à faire, plaisir final, contrôle, stress, effort, probabilité d'atteindre l'objectif, compétence

et appui social (Dubé et al., 2014; inspiré des travaux de Little, 1983 et Little & Gee, 2007). Au final, cet exercice permet aux participants de voir plus clairement quels buts sont importants, réalistes et porteurs de sens pour eux et de sélectionner celui qui correspond le mieux à leurs désirs, ressources et besoins actuels (Little & Gee, 2007).

**Rencontre 7.** Avec le soutien de l'animateur et grâce aux échanges avec les autres membres du groupe, chaque participant choisit donc un but qu'il souhaite réaliser dans le cadre du programme. Durant la rencontre 7, il devra formuler son but concrètement et traduire son objectif en termes de comportement-cible. Par exemple, le but « améliorer ma relation de couple » peut se traduire en divers comportements-cibles, comme « aller faire du ski de fond ensemble ce week-end » ou « préparer un souper ensemble mercredi soir ». Il s'agit de deux comportements-cibles différents dont la formulation précise permet au participant de vérifier ou non l'atteinte de son but. Les participants s'engagent ouvertement à poursuivre le but qu'ils ont sélectionné devant les autres participants. Ils signent un contrat avec eux-mêmes, contresigné par tous les membres du groupe, traduisant une résolution ferme de chacun à poursuivre cet objectif et à se soutenir mutuellement. Ce geste est en quelque sorte un pas vers la planification et prédispose l'individu au passage à l'action. Comme le mentionne Gollwitzer (1996), le simple fait de formuler ouvertement l'intention de réaliser une action favorise la mise en œuvre des gestes nécessaires à son exécution et intensifie la motivation à l'accomplir.

### **Étape de la planification du but**

**Rencontres 8 et 9.** Aux rencontres 8 et 9, les participants sont invités à effectuer une planification détaillée de leur projet, formulé en un comportement-cible, incluant les repères chronologiques des tâches ou étapes nécessaires à sa réalisation. Tous les participants remplissent donc une grille dans laquelle on retrouve les points suivants : le moment précis où les actions seront effectuées, les moyens à prendre pour les réaliser, les personnes impliquées (s'il y a lieu), les étapes à franchir, les ressources disponibles, les obstacles pouvant être rencontrés et, le cas échéant, les stratégies utilisées pour les surmonter, etc. (Dubé et al., 2014). À cette étape, les participants s'offrent un soutien mutuel sur le plan concret : identification de ressources, stratégies pour surmonter les difficultés, etc. La planification détaillée de l'action peut faire comprendre à certains participants que le but choisi est mal défini et qu'il doit être précisé ou qu'il n'est pas réaliste en fonction des ressources disponibles, ce qui peut entraîner sa substitution pour un autre but (Dubé et al., 2014).

### **Étape de la poursuite du but**

**Rencontres 10, 11, 12 et 13.** À chaque rencontre dédiée à la poursuite du but, les participants sont amenés à partager ce qui a bien ou moins bien fonctionné (obstacles rencontrés, imprévus, croyances négatives, etc.) dans le but de retravailler leur planification. À cette étape, il peut encore arriver que certains participants aient à réévaluer la pertinence de leur but et qu'ils constatent qu'il vaut mieux en choisir un autre. Le groupe prend encore toute son importance puisque les participants s'offrent un soutien mutuel,

que ce soit sur le plan affectif (expression d'émotions difficiles, stress, découragement, etc.) ou concret (suggestions de pistes de solutions). Tout est mis en place pour favoriser le plus possible la poursuite du but dans un climat favorable au bien-être psychologique.

Les étapes de la planification et de la poursuite permettent également de sensibiliser les participants à certaines techniques destinées à faciliter le passage à l'action et, donc, de favoriser l'atteinte de leur objectif. C'est le cas, notamment de la simulation mentale, une technique qui consiste à visualiser l'état dans lequel le participant désire être lorsqu'il aura atteint son objectif (*outcome simulation*), ainsi que les moyens et la procédure à mettre en place pour y parvenir (*process simulation*) (Taylor & Pham, 1996).

Le fait que les participants soient en mesure d'identifier leurs idées nuisibles et de les remplacer par des idées plus positives est un outil qui leur permet de mieux adapter leurs comportements de façon à favoriser la poursuite de leur but et l'atteinte de leur objectif. Cela leur permet, entre autres, de trouver des solutions face aux obstacles, de modifier les idées qui réduisent leur motivation, d'augmenter l'espoir et la persévérance, d'établir des relations interpersonnelles chaleureuses favorisant le soutien mutuel au sein du groupe; somme toute, de favoriser l'apparition d'affects positifs (Dubé et al., 2007).

### **Étape de l'évaluation de la démarche et des apprentissages**

**Rencontre 14.** Tel que mentionné, l'objectif du programme est de permettre aux participants d'intégrer le processus menant à la réalisation d'un projet, afin d'être en

mesure de le mettre en pratique ultérieurement. C'est pourquoi la dernière rencontre est principalement dédiée à l'évaluation de la démarche. Ainsi, après avoir échangé sur leur démarche et les émotions qui y sont associées, l'animateur invite les participants à faire le point sur ce qu'ils ont appris sur eux-mêmes ou sur le processus, ce qu'ils changeraient ou referaient de la même façon. Sur ce point, Bouffard et al. (2001) ont recueilli des témoignages dans lesquels les participants exprimaient avoir pris conscience d'un aspect significatif d'eux-mêmes et que cet apprentissage leur laissait parfois un héritage psychologique plus important que l'atteinte de l'objectif comme tel. Par exemple, une personne peut être fière d'avoir affronté certains obstacles ou peut avoir développé de nouvelles aptitudes et ainsi avoir plus confiance en elle et en l'avenir. L'idée est de permettre aux participants de reconnaître ce qu'ils ont appris (aptitudes, forces, prise de conscience) et de réaliser qu'ils bénéficieront de cet apprentissage dans leurs réalisations futures. Il arrive donc que l'évaluation suscite l'idée de nouveaux projets éventuels (Dubé et al., 2000; Lapierre et al., 2007).

## **Déroulement**

### **Recrutement et critères de sélection**

L'objectif de la recherche étant de tester la pertinence d'offrir le programme « En route vers une vie plus heureuse » aux personnes âgées dépressives, il fallait d'abord s'assurer que les participants répondaient aux critères d'inclusion suivants : 1) être âgés de 65 ans et plus et 2) avoir un score minimal de 9 à l'*Échelle de dépression de Beck-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996). De plus, il fallait éviter que certains participants

aient des problèmes cognitifs qui ne leur permettraient pas de répondre adéquatement aux questionnaires ou de bénéficier du programme. Il a donc été nécessaire d'ajouter le critère d'exclusion suivant, soit un score plus faible que 24 au *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ce qui indiquerait que la personne avait probablement des difficultés sur le plan cognitif.

Deux groupes ont été constitués : un groupe d'intervention qui participait aux 14 rencontres du programme et un groupe contrôle qui ne participait pas au programme, mais qui complétait les mêmes questionnaires que le groupe intervention. Il est évident qu'un essai contrôlé randomisé aurait été la méthode la plus appropriée pour évaluer l'efficacité du programme. Toutefois, l'étude de Dubé et al. (2007) a constaté que les personnes mises sur une liste d'attente en vue de participer plus tard au programme manifestaient des réactions qui biaisaient les résultats. En effet, certaines exprimaient de la frustration de ne pas avoir été choisies, tandis que pour plusieurs, le programme constituait un projet d'avenir qui avait déjà un effet positif sur leur bien-être psychologique. D'ailleurs la littérature scientifique appuie le fait que la simple formulation d'un but a un effet positif sur l'individu (Lapierre et al., 2001; Nuttin, 1991; Schmuck & Sheldon, 2001). Ainsi, afin d'éviter l'effet de la liste d'attente, l'équipe a choisi de recruter les participants séparément : le groupe intervention a été recruté dans un premier temps tandis que le groupe contrôle a été recruté neuf mois plus tard, afin d'éviter que ce dernier ne soit informé de l'existence du programme sur les buts.



Le recrutement des participants à l'intervention a principalement été effectué à l'aide d'articles sur la dépression publiés dans des journaux locaux et présentant le programme centré sur les buts comme une façon intéressante d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées déprimées. Une travailleuse sociale de l'Office municipal d'habitation (OMH), des psychologues, et un médecin ont également collaboré au recrutement. Il était mentionné que le programme était gratuit et qu'en acceptant de participer aussi à la recherche, les participants contribuaient à faire avancer les connaissances dans ce domaine.<sup>4</sup> Neuf mois plus tard, de nouveaux articles sur la dépression paraissaient dans les journaux locaux, mais, cette fois, ils invitaient les aînés dépressifs à participer à une étude visant à mieux connaître l'évolution de la dépression.

### **Passation des questionnaires**

Les participants des deux groupes complétaient les questionnaires une première fois (pour le groupe intervention : une semaine avant le début du programme), puis au post-test, c'est-à-dire 14 semaines après le prétest, puis lors de la relance, six mois après le post-test. Les participants du groupe contrôle ont été dédommagés pour le temps qu'ils ont consacré à l'étude par un montant de 50 \$ s'ils avaient complété les trois temps de mesure.

---

<sup>4</sup> La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (numéro du certificat d'éthique : CER-10-156-06.10).

Tous les participants ont rempli les questionnaires lors d'une entrevue individuelle d'une durée moyenne de deux heures. Sauf exception, chaque participant n'a jamais eu le même interviewer. La rotation avait pour but de minimiser les risques qu'une erreur systématique, découlant du comportement d'un interviewer, se répète auprès d'un même participant et influence ses réponses.

### **Instruments de mesure**

La présente étude s'insère dans une étude plus large qui visait à évaluer l'effet du programme sur les problèmes de sommeil, les idéations suicidaires et plusieurs indicateurs du bien-être psychologique (Lapierre et al., 2017). Les participants ont ainsi rempli 23 questionnaires, mais seulement six ont été utilisés pour la présente étude. Le premier était le questionnaire de renseignements généraux recueillant les variables sociodémographiques habituelles ainsi que quelques informations sur l'état de santé des participants, la présence de douleur et son intensité. La version française du *Mini-Mental State Evaluation* (MMSE; Folstein et al., 1975) permettait ensuite de dépister la présence de problèmes cognitifs afin de vérifier si ces personnes étaient en mesure, ou non, de participer au programme et à la recherche. Dans le cas où le MMSE indiquait que la personne devait être exclue, elle était remerciée pour sa participation et ne remplissait pas les autres questionnaires. Les quatre autres questionnaires évaluaient les variables à l'étude : la perception de sa capacité à réaliser ses buts personnels, la dépression, évaluée à l'aide de deux échelles de mesure ainsi que l'anxiété.

Un seul instrument vérifie l'effet de l'intervention, à savoir si celle-ci a un effet sur les buts et les projets. Il s'agit du questionnaire *Processus de réalisation des buts* (Lapierre & Bouffard, 2001) qui demande aux répondants d'évaluer comment ils perçoivent leur capacité à élaborer, planifier et poursuivre leurs projets personnels. L'outil est composé de 30 items et possède un coefficient de consistance interne de 0,95 ( $n = 86$ )<sup>5</sup>. Le participant indique son degré d'accord avec les énoncés sur une échelle variant de 1 = *pas du tout d'accord* à 7 = *tout à fait d'accord*. Un score élevé indique que la personne perçoit qu'elle possède les habiletés pour réaliser ses buts. L'instrument comporte les trois sous-échelles suivantes : l'élaboration des buts (10 items), la planification (11 items) et la poursuite (9 items). « J'ai des buts ou objectifs qui représentent bien mes valeurs personnelles » est un item mesurant l'élaboration; « Généralement, je cherche activement les moyens qui m'aideront dans ce que je veux faire » évalue la planification, tandis que « Je me sens capable de faire face aux difficultés dans la poursuite de mes projets » se rapporte à la capacité de poursuivre ses buts. L'Appendice A présente le questionnaire complet.

Les symptômes dépressifs ont d'abord été évalués à l'aide de l'*Inventaire de dépression de Beck-II* (BDI-II). L'instrument est construit en fonction des critères diagnostiques du DSM-IV et mesure l'intensité des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. La version choisie est celle de Beck et al. (1996) traduite et adaptée pour la population canadienne (voir Appendice B). La somme obtenue aux 21

---

<sup>5</sup> Le calcul des coefficients alpha de Cronbach est basé sur tous les participants disponibles au prétest.

items, cotés de 0 à 3, s'interprète comme suit : des scores entre 0 et 13 indiquent une dépression minimale; 14-19 une dépression légère; 20-28 une dépression modérée; 29-63 une dépression majeure (Beck et al., 1996). L'instrument ne permet pas de poser un diagnostic clinique, mais il s'agit d'un bon indicateur de l'intensité des symptômes dépressifs (Beck et al., 1996). L'instrument est reconnu comme ayant une bonne validité interne et capable de différencier les personnes déprimées de celles qui ne le sont pas, ainsi que de différencier les personnes déprimées des personnes anxieuses (Bouvard & Cottraux, 2010). Bien qu'il ait été conçu pour une population adulte, le BDI-II est reconnu comme étant également valide pour les personnes de 55 ans et plus (Jefferson, Powers, & Pope, 2001; Norris, Arnau, Bramson, & Meager, 2004; Segal, Coolidge, Cahill, & O'Riley, 2008). L'étude de validation auprès de personnes âgées vivant dans la communauté ( $M = 70,3$  ans) par Segal et ses collaborateurs (2008) a fait ressortir un bon niveau de consistance interne ( $\alpha = 0,86$ ), soit le même que dans le cas de la présente étude ( $\alpha = 0,86$ ,  $n = 86$ ).

L'*Échelle de dépression gériatrique* (ÉDG) a aussi été utilisée pour évaluer la dépression parce que, contrairement au BDI-II, elle ne comporte pas d'items à connotation somatique. En effet, les symptômes physiques sont fréquents au cours du vieillissement. L'ÉDG est donc un questionnaire conçu spécifiquement pour les personnes âgées. Pour la présente étude, la version courte (15 items) a été retenue puisqu'elle est reconnue comme étant aussi valide que la version longue à 30 items (Yesavage et al., 1983). D'ailleurs, la corrélation entre les deux versions est de 0,84 ( $p < 0,0001$ ; Sheikh & Yesavage, 1986).

L'outil est efficace pour différencier les personnes âgées dépressives et non dépressives et peut être utilisé pour le dépistage (Sheikh & Yesavage, 1986). À chaque item, le participant indique si l'énoncé correspond à son vécu en répondant par *oui* ou *non*. Le score total indique la sévérité de la dépression. Des scores entre 0 et 5 signifient une absence de dépression, entre 6 et 10, une dépression légère, entre 11 et 15, une dépression modérée à sévère (Sheikh & Yesavage, 1986). Le seuil de coupure entre dépressifs et non-dépressifs est donc à 6 (Gerety et al., 1994). La fidélité test-retest est de 0,85 ( $p < 0,001$ ) après une semaine. La version utilisée pour la présente étude est une adaptation de la traduction canadienne-française de l'ÉDG effectuée par Lacasse<sup>6</sup> (voir Appendice C). Le coefficient de consistance interne est de 0,78 ( $n = 86$ ).

L'*Inventaire d'anxiété gériatrique* permet de mesurer la sévérité des symptômes anxieux chez les personnes âgées. L'instrument est composé de 20 items auxquels le participant répond par *d'accord* (1) ou *en désaccord* (0). Les items évaluent la peur, les inquiétudes, la méta-inquiétude (s'inquiéter sur ses inquiétudes), les pensées au sujet de l'anxiété, les symptômes somatiques de l'anxiété et l'humeur anxieuse vécue au cours de la dernière semaine. Un score total de 8 ou 9 indique un niveau d'anxiété significatif, tandis qu'un score total supérieur à 10 permet de détecter un trouble d'anxiété généralisée probable (tel que reconnu par le DSM-IV; Pachana & Byrne, 2012). La version originale anglaise possède une très bonne consistance interne ( $\alpha = 0,91$ ) chez les répondants âgés

---

<sup>6</sup> Voir la version québécoise de l'ÉDG de Yves Lacasse MD, MSc, Centre de Pneumologie Hôpital Laval, 2725 Ch. Ste-Foy, Ste-Foy, Québec, repérée à <http://www.stanford.edu/~yesavage/FrenchCan.html>.

normaux et un alpha de 0,93 pour la portion de l'échantillon reconnue comme ayant des problèmes psychogériatriques (Pachana et al., 2007). Il en est de même pour la présente étude ( $\alpha = 0,93$ ,  $n = 86$ ). La fidélité test-retest, évaluée à une semaine d'intervalle, est de 0,91 ( $p < 0,001$ ; Pachana et al., 2007). L'équipe a réalisé la traduction française de l'instrument aux fins de la présente étude (voir Appendice D).

### Participants

Des 55 personnes qui se sont montrées intéressées à participer au programme, 13 (cinq femmes et huit hommes) ne remplissaient pas les critères de sélection (score de dépression ou âge trop faibles). Par ailleurs, sur les 42 participants qui ont débuté la démarche, 14 (33 %) l'ont abandonnée avant la quatrième rencontre (la majorité parce qu'ils ne se sentaient pas à l'aise en groupe ou avec d'autres personnes déprimées); trois (7 %) ont abandonné entre la sixième et la huitième rencontre pour des raisons médicales ou un conflit d'horaire; une a refusé de répondre aux questionnaires lors de la relance. Au total, 24 participants (14 femmes et 10 hommes) ont persisté jusqu'à la fin de l'étude. Les participants au programme avaient entre 65 et 84 ans ( $M = 68,6$ ;  $ÉT = 5,3$ ) et la majorité (62,6 %) n'était pas mariée (41,7 % sont divorcés, 16,7 % veufs et 4,2 % célibataires). Le nombre d'années de scolarité moyen était de 12,7 ans ( $ÉT = 3,96$ ). Aucune différence significative n'est ressortie entre les participants qui ont abandonné et ceux qui ont persisté en ce qui a trait aux variables sociodémographiques, excepté pour l'âge ( $t(40) = 2,89$ ,  $p = 0,006$ ). Ceux qui ont abandonné l'étude étaient significativement plus âgés ( $M = 73,2$  ans;  $ÉT = 4,6$ ) que ceux qui ont persisté ( $M = 68,6$  ans;  $ÉT = 5,3$ ).

Pour ce qui est du groupe contrôle, sur les 40 personnes désireuses de participer à l'étude, 29 répondaient aux critères de sélection. De ce nombre, 18 ont persisté jusqu'à la relance (12 femmes et 6 hommes). Les participants de ce groupe étaient âgés entre 65 et 77 ans ( $M = 69,5$  ans;  $ET = 4,1$ ). En moyenne, les participants avaient 13,9 années de scolarité ( $ET = 3,78$ ). Aucune différence significative n'est ressortie entre les participants qui ont abandonné et ceux qui ont persisté en ce qui a trait aux variables sociodémographiques, excepté pour l'âge ( $t(27) = 3,24, p = 0,003$ ) et le niveau de scolarité ( $t(27) = 2,18, p = 0,038$ ). Les participants qui se sont désistés étaient significativement plus âgés ( $M = 75,6$  ans;  $ET = 6,2$ ) que ceux qui ont persisté ( $M = 69,5$  ans;  $ET = 4,1$ ) et ils avaient également un niveau d'éducation plus bas. Une hospitalisation, une convalescence et un voyage à l'extérieur du pays sont des exemples de raisons d'absence des participants au post-test.

Notons également qu'il n'y avait pas de différences entre le groupe intervention et le groupe contrôle sur le plan des caractéristiques sociodémographiques : âge, niveau d'éducation, état civil, genre, satisfaction envers sa situation financière. On peut noter que quatre participants (9,5 % : trois dans le groupe intervention, un dans le groupe contrôle) étaient en processus de thérapie individuelle, et dix (23,8 %, cinq dans chaque groupe) prenaient une médication pour la dépression.

Trois questions recueillaient des informations générales sur l'état de santé des participants, leur douleur physique et l'intensité de cette douleur. Pour ce qui est de la

santé, les participants devaient répondre à la question suivante : « Si vous vous comparez à d'autres personnes de votre âge, votre santé est généralement... »: *très mauvaise* (1) à *excellente* (6). La douleur physique était mesurée à partir de la question suivante : « Souffrez-vous de douleur physique? »: *pas du tout* (1) à *tous les jours* (6). Les participants devaient aussi évaluer l'intensité de leur douleur en répondant à la question : « Pouvez-vous décrire l'intensité de la douleur sur une échelle de 0 à 10? » : *aucune douleur* (0) à *douleur extrême* (10). Les tests *t* réalisés n'ont montré aucune différence significative entre le groupe intervention et contrôle au prétest sur l'état de santé ( $t(40) = 0,46, p = 0,65$ ), la douleur physique ( $t(40) = -0,27, p = 0,79$ ) et l'intensité de la douleur ( $t(40) = -0,34, p = 0,74$ ).



## Résultats

La présente section comporte quatre parties. La première décrit les types d'analyses statistiques utilisés tandis que la deuxième présente les résultats des analyses descriptives et préliminaires. La troisième partie décrit les résultats concernant les hypothèses. La section se termine avec les analyses exploratoires pour tester s'il y a des différences entre les hommes et les femmes.

### **Présentation des analyses statistiques**

Des analyses descriptives ont été réalisées dans le but de présenter la distribution des scores des participants aux questionnaires mesurant les différentes variables dépendantes : processus de réalisation des buts, dépression et anxiété. Des analyses préliminaires ont été effectuées sur ces mêmes variables, afin de déterminer si les groupes intervention et contrôle étaient statistiquement équivalents sur celles-ci au prétest. Pour ce faire, des tests *t* de Student ont été réalisés, en utilisant le test de Levene comme prérequis pour déterminer si les variances des deux groupes étaient homogènes. De plus, des tests de corrélations de Pearson ont été effectués entre la dépression et l'anxiété aux différents temps de mesure, étant donné le lien qui ressort dans la littérature entre ces deux variables.

Les hypothèses ont été testées par des analyses de variances (ANOVA) pour devis mixte avec un facteur à mesures répétées (intrasujet) et un facteur groupe intersujet (Howell, 2008). La procédure suggérée par Girden (1992) a été utilisée pour tester la

condition de sphéricité requise pour l'ANOVA à mesures répétées. Ainsi, dans les situations où le test de Mauchly indiquait une déviation statistiquement significative de la condition de sphéricité et lorsque la valeur  $\epsilon$  de Greenhouse-Geisser était supérieure à 0,75, une correction de Huynh-Feldt a été réalisée sur les degrés de liberté. À l'inverse, une correction de Greenhouse-Geisser a été effectuée lorsque la valeur  $\epsilon$  était inférieure ou égale à 0,75.

Toutes les analyses ont été réalisées avec un seuil d'erreur de type I de 5 % ( $p < 0,05$ ). Cependant, pour limiter l'inflation de l'erreur de type I lors des comparaisons *a posteriori* des ANOVA mixtes à mesures répétées, une correction séquentielle de Bonferroni-Holm (Holm, 1979) a été appliquée. La correction de Bonferroni étant trop conservatrice, l'approche proposée par Holm procure davantage de puissance statistique tout en contrôlant adéquatement l'erreur de type I (Abdi, 2010).

### **Analyses descriptives et préliminaires**

Les analyses de comparaison de moyennes indiquent qu'il n'y a pas de différence entre les groupes intervention et contrôle au prétest pour la capacité perçue de réalisation des buts personnels ( $t(40) = 0,53$ ;  $p = 0,59$ ), la dépression mesurée par le BDI-II ( $t(40) = 0,88$ ;  $p = 0,39$ ), la dépression évaluée avec l'ÉDG ( $t'(37,59) = 0,94$ ;  $p = 0,35$ ) et l'anxiété ( $t(40) = 1,28$ ;  $p = 0,21$ ). Les scores moyens des participants de chaque groupe à chaque temps de mesure sont présentés au Tableau 2.

Tableau 2

*Moyennes et écarts-types des groupes intervention et contrôle : capacité perçue de réalisation des buts, dépression et anxiété*

	Groupe intervention (n = 24)						Groupe contrôle (n = 18)					
	Prétest		Post-test		Relance		Prétest		Post-test		Relance	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Réalisation des buts/7	4,50	0,97	5,17	0,76	5,05	1,04	4,33	1,09	4,73	1,21	4,95	1,01
Élaboration/7	4,08	1,38	4,91	1,08	4,84	1,16	4,13	1,08	4,56	1,14	4,93	1,29
Planification/7	4,86	1,02	5,35	0,71	5,23	1,04	4,49	1,14	4,86	1,23	5,14	0,82
Poursuite/7	4,52	1,17	5,23	-0,77	5,06	1,13	4,35	1,21	4,75	1,40	4,75	1,19
BDI-II/63	21,10	8,05	11,30	8,86	10,9	8,16	23,30	7,66	14,50	8,35	15,90	9,66
ÉDG/15	6,17	3,40	3,58	3,40	3,21	2,80	6,94	1,92	6,56	1,98	5,56	4,50
Anxiété/20	12,20	6,05	8,54	5,50	7,90	5,48	14,40	4,30	12,40	6,42	12,10	6,38

### **Dépression (BDI-II)**

Au prétest, les scores moyens de dépression des groupes intervention et contrôle, tels que mesurés par le BDI-II, sont respectivement de 21,10 (score inférieur = 9, score supérieur = 39) et de 23,30 (score inférieur = 11, score supérieur = 39). Ces moyennes se situent donc dans la catégorie « dépression modérée ». L'étude de la distribution des participants de chaque groupe selon les niveaux de dépression, établis à partir des seuils de coupure au BDI-II (voir Tableau 3), permet tout de même de constater qu'au prétest 66,7 % des participants du groupe intervention se trouvent dans les catégories de « dépression légère » (25 %) ou « modérée » (41,7 %), comparativement au groupe contrôle pour lequel 72,2 % des participants sont classés dans la « dépression modérée » (44,4 %) ou « majeure » (27,8 %). Le Tableau 3 présente l'ensemble des résultats au BDI-II des participants du groupe intervention et ceux du groupe contrôle.

On notera également qu'à la relance, une forte majorité des participants du groupe intervention (79,1 %) présente un score de « dépression minimale », comparativement à 44,4 % des participants du groupe contrôle. De plus, 27,8 % des personnes du groupe contrôle ont encore un niveau de dépression qui les classe soit dans les catégories de dépression « modérée » (11,1 %) ou « majeure » (16,7 %).

Tableau 3

*Nombre de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux de dépression (BDI-II) à chaque temps de mesure*

	Prétest		Post-test		Relance	
	Int.	Cont.	Int.	Cont.	Int.	Cont.
	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)
Dépression minimale (scores 9-13)	5 (20,8 %)	2 (11,1 %)	15 (62,5 %)	10 (55,6 %)	19 (79,1 %)	8 (44,4 %)
Dépression légère (scores 14-19)	6 (25 %)	3 (16,7 %)	5 (20,8 %)	3 (16,7 %)	3 (12,5 %)	5 (27,8 %)
Dépression modérée (scores 20-28)	10 (41,7 %)	8 (44,4 %)	3 (12,5 %)	4 (22,2 %)	1 (4,2 %)	2 (11,1 %)
Dépression majeure (scores 29-63)	3 (12,5 %)	5 (27,8 %)	1 (4,2 %)	1 (5,5 %)	1 (4,2 %)	3 (16,7 %)

Tableau 3

*Nombres de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux de dépression (BDI-II) à chaque temps de mesure (Suite)*

	Prétest		Post-test		Relance	
	Int.	Cont.	Int.	Cont.	Int.	Cont.
	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)
Moyenne	21,10	23,30	11,30	14,50	10,90	15,90
Score inférieur/63 <sup>a</sup>	9	11	1	3	0	1
Score supérieur/63 <sup>b</sup>	39	39	34	29	36	33

<sup>a</sup>Score le plus bas obtenu par un participant de ce groupe à ce temps de mesure.

<sup>b</sup>Score le plus élevé obtenu par un participant de ce groupe à ce temps de mesure.

### Dépression (ÉDG)

L'étude de la distribution des participants de chaque groupe en fonction des seuils de coupure des niveaux de dépression gériatrique (voir Tableau 4) montre qu'au prétest 41,7 % des participants du groupe intervention souffraient de dépression légère, alors que c'était le cas de 77,8 % du groupe contrôle.

Le pourcentage de participants du groupe intervention dans la catégorie « dépression légère » a diminué de moitié entre le prétest et le post-test, passant de 41,7 % à 20,8 %, et s'est maintenu à ce niveau à la relance. De plus, les résultats suggèrent que les symptômes

dépressifs de plusieurs participants du groupe intervention se sont estompés; le pourcentage de la catégorie « absence de dépression » passant de 50 % au prétest, à 75 % au post-test et 79,2 % à la relance. Toujours à la relance, on remarque qu'il n'y a plus de participants du groupe intervention qui sont classés dans la catégorie « dépression modérée à sévère », comparativement au groupe contrôle où 16,7 % manifeste encore un niveau modéré à sévère de dépression.

### **Anxiété**

L'étude de la distribution des participants en fonction des seuils de coupure à l'*Échelle d'anxiété gériatrique* (voir Tableau 5) montre qu'au prétest 62,5 % des participants du groupe intervention et 83,3 % du groupe contrôle ont un score total supérieur à 10, ce qui correspond au diagnostic probable d'anxiété généralisée du DSM-IV (Pachana & Byrne, 2012). On note cependant qu'un pourcentage important de participants se maintient au-delà du seuil d'anxiété généralisée à la relance soit, 37,5 % pour le groupe intervention et 66,7 % pour le groupe contrôle.



Tableau 4

*Nombre de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux de dépression (ÉDG) à chaque temps de mesure*

	Prétest		Post-test		Relance	
	Int.	Cont.	Int.	Cont.	Int.	Cont.
	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)
Absence de dépression	12	4	18	3	19	10
(scores 0-5)	(50 %)	(22,2 %)	(75 %)	(16,7 %)	(79,2 %)	(55,5 %)
Dépression légère	10	14	5	15	5	5
(scores 6-10)	(41,7 %)	(77,8 %)	(20,8 %)	(83,3 %)	(20,8 %)	(27,8 %)
Dépression modérée à	2	0	1	0	0	3
sévère (scores 11-15)	(8,3 %)	(0 %)	(4,2 %)	(0 %)	(0 %)	(16,7 %)
Moyenne/15	6,17	6,94	3,58	6,56	3,21	5,56
Score inférieur <sup>a</sup>	2	4	0	1	0	0
Score supérieur <sup>b</sup>	14	10	12	10	9	14

<sup>a</sup>Score le plus bas obtenu par un participant de ce groupe à ce temps de mesure.

<sup>b</sup>Score le plus élevé obtenu par un participant de ce groupe à ce temps de mesure.

Tableau 5

*Nombre de participants des groupes intervention (Int.) et contrôle (Cont.) stratifié par niveaux d'anxiété à « Échelle d'anxiété gériatrique » à chaque temps de mesure*

	Prétest		Post-test		Relance	
	Int.	Cont.	Int.	Cont.	Int.	Cont.
	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)	(n = 24)	(n = 18)
Pas d'anxiété	6	2	12	3	11	5
(scores 0-7)	(25 %)	(11,1 %)	(50 %)	(16,7 %)	(45,8 %)	(27,8 %)
Anxiété	3	1	1	1	4	1
significative	(12,5 %)	(5,6 %)	(4,2 %)	(5,5 %)	(16,7 %)	(5,5 %)
(scores 8-9)						
Anxiété	15	15	11	14	9	12
généralisée	(62,5 %)	(83,3 %)	(45,8 %)	(77,8 %)	(37,5 %)	(66,7 %)
(scores 10-20)						
Moyenne/20	12,20	14,40	8,54	12,40	7,90	12,10
Score inférieur <sup>a</sup>	0	6	0	0	0	0
Score supérieur <sup>b</sup>	20	20	19	20	17	20

<sup>a</sup>Score le plus bas obtenu par un participant de ce groupe à ce temps de mesure.

<sup>b</sup>Score le plus élevé obtenu par un participant de ce groupe à ce temps de mesure.

### **Corrélations entre dépression et anxiété**

Étant donné que le lien entre la dépression et l'anxiété est fréquemment rapporté dans la littérature, il est apparu intéressant de déterminer si ces variables sont corrélées chez les participants de l'échantillon. Le Tableau 6 présente ces corrélations pour chaque temps de mesure. On remarquera que toutes les corrélations entre la dépression (mesurée par le BDI-II ou l'ÉDG) et l'anxiété sont significatives et présentent une grande taille d'effet ( $r > 0,50$ ), sauf au prétest.

### **Évolution de l'état de santé**

Étant donné le lien documenté dans la littérature entre la santé et la dépression, des tests de corrélations ont été réalisés sur ces variables. Pour l'ensemble de l'échantillon, aucune corrélation significative n'est ressortie entre l'état de santé et la dépression au BDI-II ( $r(42) = -0,12, p = 0,44$ ) ou à l'ÉDG ( $r(42) = -0,15, p = 0,36$ ), ni entre la douleur physique et la dépression au BDI-II ( $r(42) = 0,11, p = 0,49$ ) ou à l'ÉDG ( $r(42) = 0,04, p = 0,80$ ) ou encore entre l'intensité de la douleur et la dépression au BDI-II ( $r(42) = -0,12, p = 0,44$ ) ou à l'ÉDG ( $r(42) = -0,15, p = 0,36$ ). De plus, des ANOVA mixtes à mesures répétées ont été réalisées pour déterminer si les groupes intervention et contrôle évoluaient de manière différente avec le passage du temps. Ce n'est pas le cas pour l'état de santé ( $F(2, 80) = 0,93, p = 0,40$ ), pour la douleur physique ( $F(2, 80) = 0,03, p = 0,97$ ), ou encore pour l'intensité de la douleur ( $F(2, 80) = 0,12, p = 0,89$ ).

Tableau 6

*Corrélations bilatérales (r de Pearson) entre la dépression et l'anxiété, pour tous les participants (N = 42), à chaque temps de mesure*

	Anxiété		
	Prétest	Post-test	Relance
Dépression (BDI-II)	0,47**	0,70**	0,69**
Dépression (ÉDG)	0,44**	0,62**	0,62*

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

### Présentation des résultats

Étant donné que les analyses préliminaires ont montré que les groupes étaient similaires au prétest sur les variables sociodémographiques et sur les variables dépendantes, des analyses de variance à mesures répétées (prétest, post-test, relance) pour devis mixte ont été réalisées afin de comparer l'évolution des deux groupes. Les résultats n'ont pas révélé d'effets d'interaction (2 groupes X 3 temps). En d'autres mots, le groupe intervention ne s'est pas amélioré de façon significative comparativement au groupe contrôle en ce qui a trait à la capacité perçue de réalisation des buts ( $F(2, 80) = 1,15, p = 0,32, \eta^2 = 0,02$ , taille d'effet petite), la dépression mesurée par le BDI-II ( $F(1,5, 59,8) = 0,58, p = 0,52, \eta^2 = 0,01$ , taille d'effet petite), la dépression mesurée par l'ÉDG ( $F(2, 80) = 1,91, p = 0,15, \eta^2 = 0,05$ , taille d'effet moyenne) et l'anxiété ( $F(2, 80) = 1,25, p = 0,29, \eta^2 = 0,03$ , taille d'effet entre petite et moyenne). L'hypothèse de recherche sur l'effet du programme, ainsi que celle sur les symptômes

dépressifs et anxieux sont donc infirmées. Les scores moyens de chaque groupe sur les variables dépendantes aux trois temps de mesure sont présentés dans le Tableau 2.

Étant donné que l'effet d'interaction n'est pas significatif, il n'est pas décomposé; seuls les effets principaux significatifs le sont, comme le recommandent Alain (2008) et Kirk (2013). L'effet principal « temps », pour l'ensemble des participants, est statistiquement significatif pour la capacité perçue de réalisation des buts ( $F(2, 80) = 14,87, p < 0,001, \eta^2 = 0,27$ , taille d'effet grande), la dépression mesurée par le BDI-II ( $F(1,5, 59,8) = 30,43, p < 0,001, \eta^2 = 0,43$ , taille d'effet grande), la dépression mesurée par l'ÉDG ( $F(2, 80) = 7,39, p < 0,001, \eta^2 = 0,16$ , taille d'effet grande) et l'anxiété ( $F(2, 80) = 12,85, p < 0,001, \eta^2 = 0,24$ , taille d'effet grande). Des tests *a posteriori* sur l'effet principal « temps », réalisés pour toutes les variables indiquent que les différences de moyennes entre le prétest et le post-test, ainsi qu'entre le prétest et la relance sont significatives, mais qu'elles ne le sont pas entre le post-test et la relance. Les Figures 2, 3, 4 et 5 montrent l'évolution des participants des groupes intervention et contrôle pour chaque variable dépendante aux trois temps de mesure.

Concernant l'effet principal « groupe », ce dernier est significatif seulement pour la dépression mesurée par l'ÉDG ( $F(1, 40) = 8,03, p = 0,007, \eta^2 = 0,17$ , taille d'effet grande), ainsi que pour l'anxiété ( $F(1, 40) = 4,61, p = 0,04, \eta^2 = 0,10$ , taille d'effet grande).

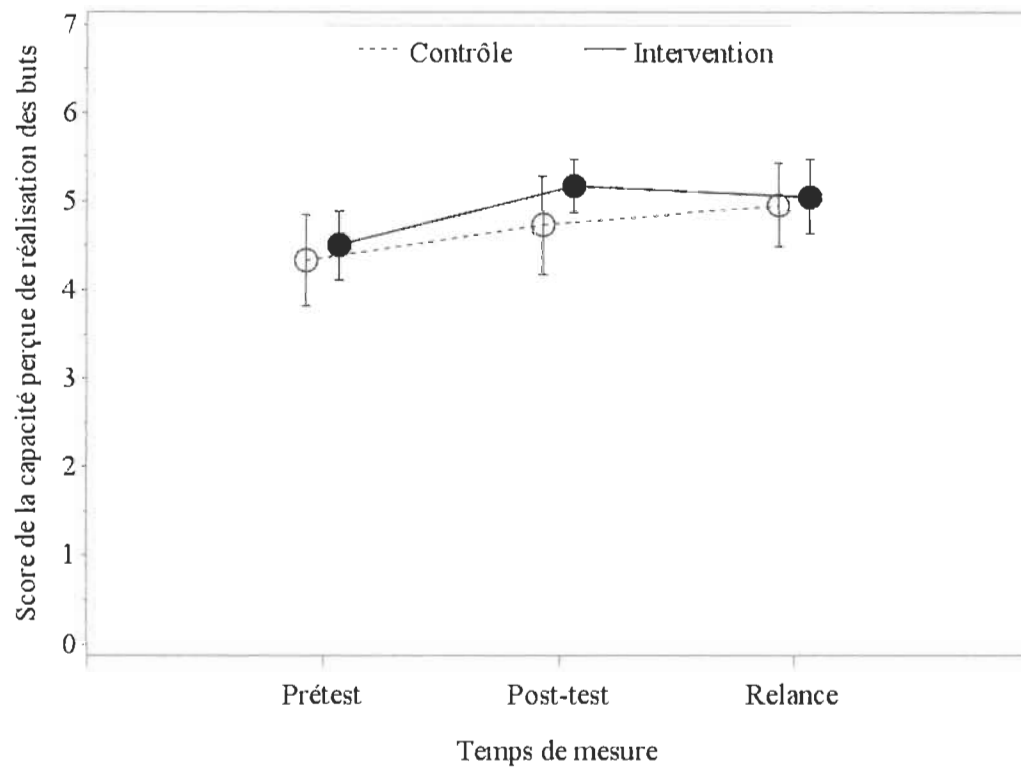


Figure 2. Évolution des scores de la capacité perçue de réalisation des buts pour les groupes intervention et contrôle. Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

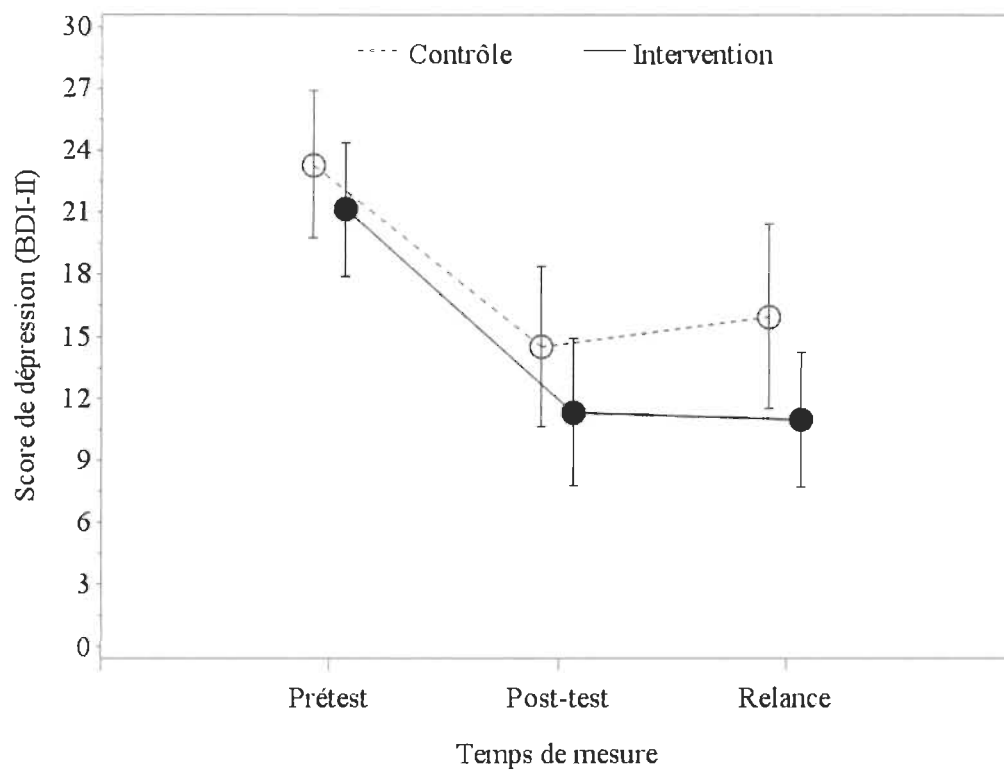


Figure 3. Évolution des scores de dépression (BDI-II) pour les groupes intervention et contrôle. Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

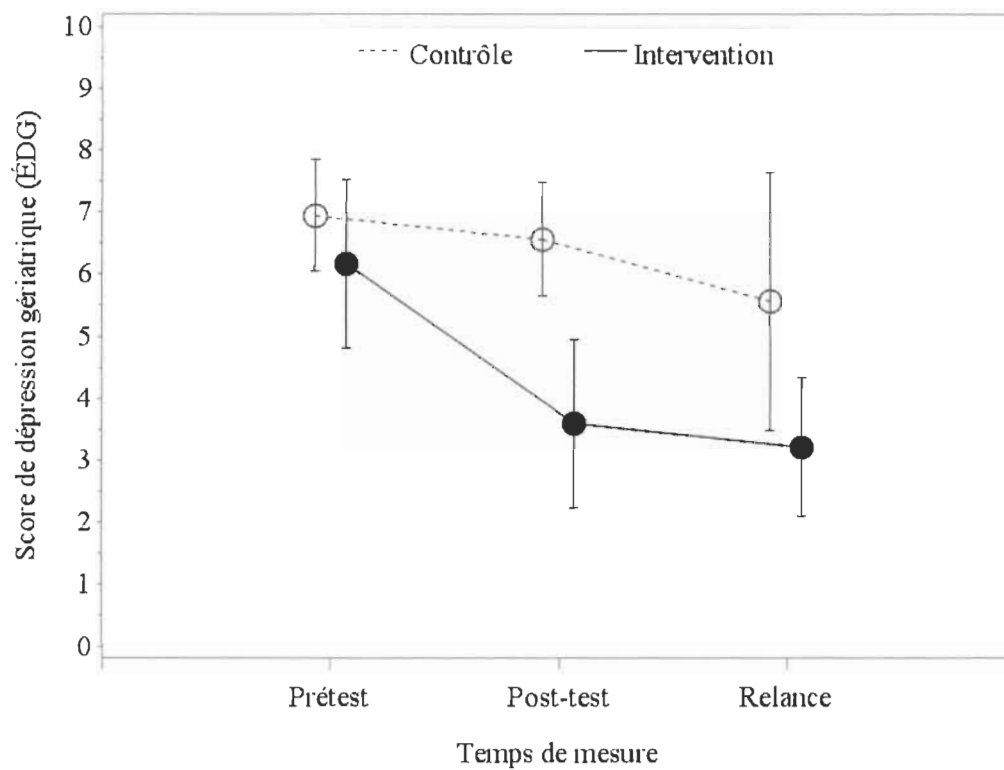


Figure 4. Évolution des scores de dépression gériatrique (ÉDG) pour les groupes intervention et contrôle. Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.



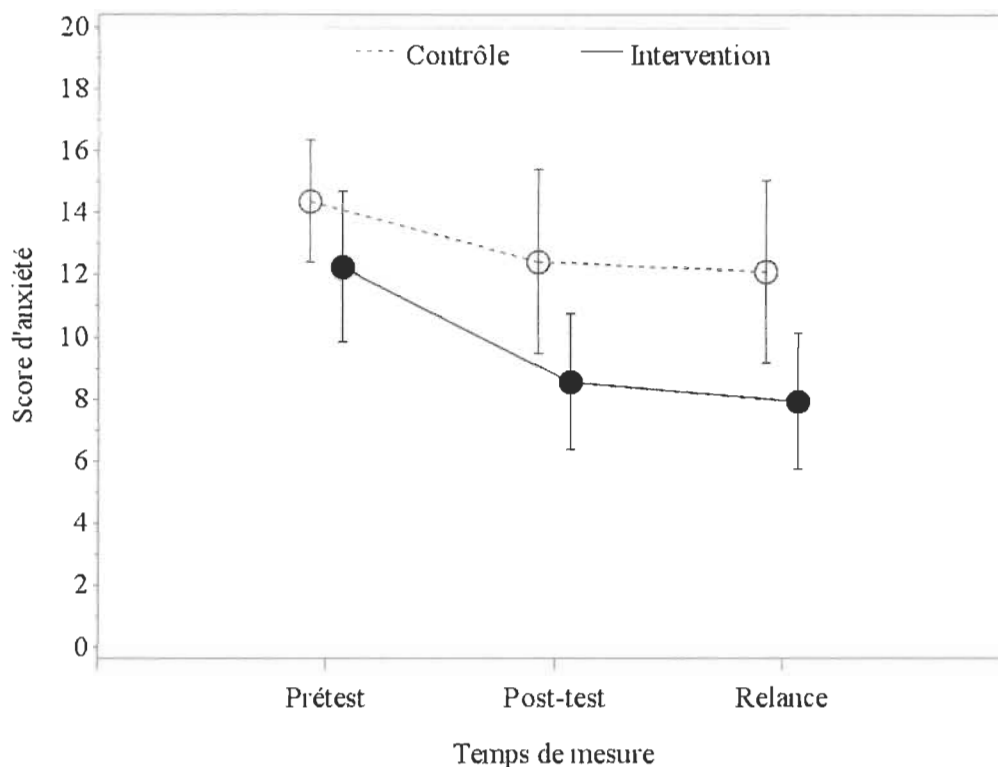
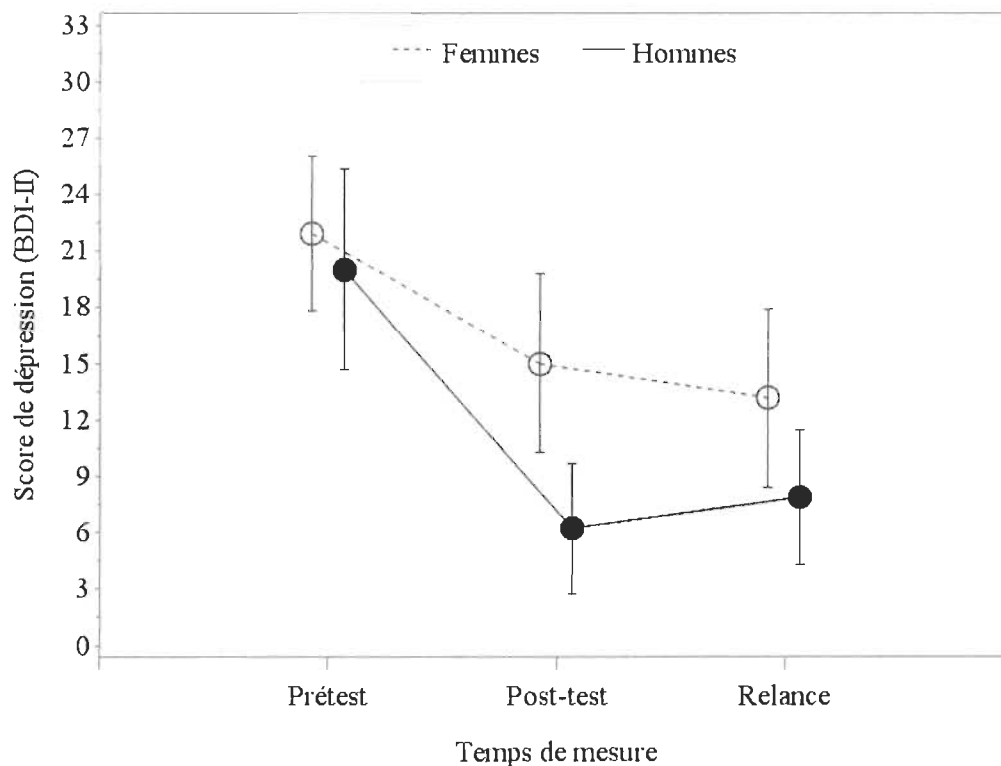


Figure 5. Évolution des scores d'anxiété pour les groupes intervention et contrôle. Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

#### Analyses exploratoires pour tester les différences hommes-femmes

Des ANOVA mixtes (3 temps X 2 groupes X 2 sexes) ont été réalisées sur les variables processus de réalisation des buts, dépression (BDI-II et ÉDG) et anxiété. Il en est ressorti un effet d'interaction significatif seulement pour le BDI-II ( $F'(1,7, 64,9) = 4,53, p = 0,02, \eta^2 = 0,11$ , taille d'effet entre moyenne et grande). L'analyse des effets simples révèle que, dans le groupe intervention, les hommes présentent un score au BDI-II significativement plus faible que les femmes au post-test uniquement,  $t'(64,8) = -3,35$ ,

$p < 0,001$ . Il apparaît également que les hommes du groupe intervention présentent un score au BDI-II significativement plus faible que les hommes du groupe contrôle, tant au post-test ( $t'(64,8) = -3,55, p < 0,001$ ), qu'à la relance ( $t'(64,8) = -4,03, p < 0,001$ ). La *Figure 6* présente l'évolution des scores au BDI-II des femmes et des hommes du groupe intervention et la *Figure 7* celle des participants du groupe contrôle.



*Figure 6.* Évolution des scores de dépression (BDI-II) pour les femmes et les hommes du groupe intervention. Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

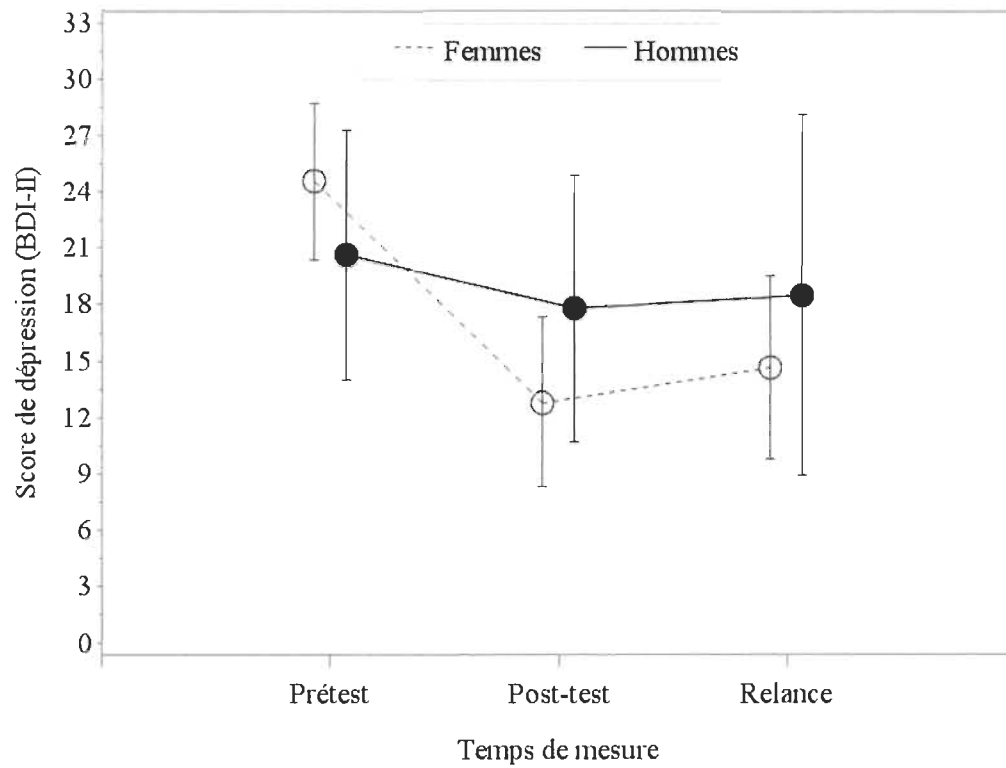


Figure 7. Évolution des scores de dépression (BDI-II) pour les femmes et les hommes du groupe contrôle. Les barres d'erreur représentent des intervalles de confiance à 95 %.

## **Discussion**

La section qui suit présente la discussion des résultats concernant les hypothèses de recherche, les interprétations des analyses exploratoires, les suggestions pour des études ultérieures et les limites de l'étude.

Les analyses statistiques effectuées pour tester les hypothèses n'ont pas révélé de différences significatives entre les groupes intervention et contrôle aux trois temps de mesure. On ne peut donc conclure à un effet statistiquement significatif du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur la perception de la capacité à réaliser des buts, ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux des participants du groupe intervention. Les hypothèses de recherche ne sont donc pas soutenues. Cependant, l'effet principal « temps » est significatif pour les variables dépendantes (processus de réalisation des buts, dépression, anxiété) et l'effet principal « groupe » est significatif pour l'ÉDG et l'anxiété. Des analyses exploratoires ont indiqué par ailleurs que les hommes qui ont bénéficié du programme présentent moins de symptômes dépressifs au post-test selon le BDI-II comparativement aux femmes et aux hommes du groupe contrôle. Enfin, il est apparu que la différence entre les hommes du groupe intervention et du groupe contrôle se maintient à la relance.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'effet principal « temps » sur la variable processus de réalisation des buts, l'ensemble des participants des groupes intervention et contrôle a présenté une meilleure perception de la capacité à élaborer, planifier et

poursuivre des buts entre le prétest et le post-test et entre le prétest et la relance. Aucune différence significative n'est ressortie entre le post-test et la relance, ce qui indique que les scores se maintiennent six mois plus tard.

Toujours pour l'effet « temps », les résultats de l'ensemble des participants suivent la même tendance que celle pour les buts en ce qui concerne les variables dépression et anxiété. Une diminution significative des symptômes dépressifs au BDI-II et à l'ÉDG a ainsi été notée entre le prétest et le post-test et entre le prétest et la relance. En outre, une diminution significative du niveau d'anxiété, selon les scores à l'*Échelle d'anxiété gériatrique*, a aussi été observée entre le prétest et le post-test, ainsi qu'entre le prétest et la relance. Aucune différence significative n'est toutefois ressortie sur ces trois variables entre le post-test et la relance, indiquant que l'amélioration des scores, par rapport au prétest, s'est maintenue six mois plus tard.

### **Situer le programme dans une perspective de santé mentale globale**

Les résultats de la présente étude divergent de ceux des études antérieures effectuées sur le même programme (Bouffard et al., 1996, 2001; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007; Lapierre et al., 2007; Navratil & Lapierre, 2009; Rivest et al., 2009). L'un des éléments à considérer est la clientèle à qui il était adressé. Dans plusieurs études antérieures, les effets de ce dernier étaient évalués auprès de clientèle vivant une transition de vie comme la retraite (Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007; Lapierre et al., 2007), des études universitaires

(Bouffard et al., 2001), un divorce (Navratil & Lapierre, 2009) et donc à des participants confrontés à une situation de stress ou de remise en question, qui ne présentaient pas spécifiquement une problématique de santé mentale. Il se pourrait donc que la démarche de réalisation des buts personnels génère plus de bénéfices lorsque les participants traversent une période de transition qui bouleverse leurs repères et met à l'épreuve leurs capacités d'adaptation, plutôt que lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes de santé mentale.

Un autre élément à considérer concerne les variables retenues pour évaluer le programme. Dans cette étude, les éléments de santé mentale étaient opérationnalisés avec des symptômes psychopathologiques (dépression et anxiété), alors que les études antérieures portant sur le programme mettaient davantage l'accent sur le bien-être psychologique, faisant ainsi ressortir son effet sur des variables positives de la santé mentale (Bouffard et al., 2001; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Dubé et al., 2007, Lapierre et al., 2007). Lors de l'expérimentation de la présente étude, les animateurs ont d'ailleurs relevé à plusieurs reprises des rétroactions positives de la part des participants du groupe intervention, notamment lors des rencontres portant sur la poursuite du but (ex. : plusieurs participants exprimaient de la satisfaction, de la fierté, une meilleure confiance en soi, ainsi qu'une motivation et un sens de l'initiative améliorés).

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus large qui, elle, mesurait le bien-être psychologique selon les indicateurs positifs de santé mentale suivants : l'espoir, la

satisfaction de vivre, le sens à la vie, la sérénité, la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux ainsi que l'inclusion sociale. Les résultats rapportés par Lapierre et al. (2017) soutiennent que le groupe intervention a accompli significativement plus de progrès que le groupe contrôle pour les variables sérénité et sens à la vie. La sérénité se traduit par une acceptation de ce qui ne peut être changé et par la capacité de ne pas laisser les événements de vie influencer son bien-être. Quant à l'amélioration du sens à la vie, elle indique que les participants voient la vie plus positivement et qu'ils ont le sentiment de s'accomplir. Ainsi, si l'on considère simultanément les résultats de la présente étude et ceux de Lapierre et al. (2017), on retiendra que le programme a entraîné un effet statistiquement significatif sur deux indicateurs positifs (sérénité et sens à la vie), mais n'en a pas eu sur les indicateurs négatifs (dépression, anxiété).

Ces résultats permettent un rapprochement avec le modèle de santé mentale complète (Keyes, 2005, 2006; Keyes & Lopez 2002). Selon ce modèle, la santé mentale se conçoit à travers deux continuums distincts. D'un côté, on retrouve l'état de bien-être sur les plans émotionnel, psychologique et social (« hédonie ») ainsi que le sens à la vie (« eudaimonie »). De l'autre côté, on situe l'état de mal-être caractérisé par des troubles mentaux variant en intensité et en quantité. Tout comme le niveau de bien-être, le niveau de mal-être peut se situer sur un continuum de « bas » à « élevé ». De plus, l'absence de mal-être n'est pas garante de bien-être et, à l'inverse, une personne ressentant des symptômes psychopathologiques peut avoir un bon niveau de fonctionnement et de bien-



être psychologique. Il est ainsi possible de vivre une vie riche et porteuse de sens, malgré la présence de troubles mentaux.

En ce qui concerne les participants de notre étude, il n'est donc pas exclu que l'amélioration de leur niveau de sérénité et de sens à la vie contribuent à les aider à mieux vivre avec leurs symptômes dépressifs et anxieux. Ces résultats vont également dans le même sens que ce que prône la psychologie positive, soit la mise en place d'interventions qui ne visent pas expressément la remédiation des symptômes psychopathologiques, mais davantage un niveau de bien-être suffisant qui aura des effets positifs sur l'état de l'individu, lui permettant notamment de mieux gérer son mal-être (Csillik, Aguerre, & Bay, 2012; Jeste et al., 2015; Lyubomirsky et al., 2011; Petersen & Seligman, 2004; Seligman et al., 2006; Wood & Tarrier, 2010). Ce faisant, l'individu est également mieux outillé pour faire face aux aléas de la vie et pour réguler les émotions négatives qui en découlent; il est ainsi moins à risque de développer des difficultés d'adaptation liées à la présence des troubles psychologiques comme la dépression ou l'anxiété généralisée (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003). En ce sens, les émotions positives et la consolidation des forces de l'individu peuvent être considérées comme des facteurs de protection qui faciliteront l'adaptation face à l'adversité. Dans cette perspective, les résultats obtenus permettent donc de concevoir le programme « En route vers une vie plus heureuse » comme un mode d'intervention pertinent pour les personnes âgées, clientèle reconnue pour être particulièrement exposée à des situations de pertes et de deuil. Ces dernières sont toutes deux considérées comme des facteurs de risque de dépression

(Alexopoulos, 2005; Beekman et al., 2011; Cuijpers et al., 2011; Chew-Graham, 2011; Léo & Gallarda, 2000).

### **Facteurs ayant potentiellement influencé l'évolution des participants**

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées non seulement pour expliquer l'absence de différences significatives entre les deux groupes, mais également leurs évolutions similaires et positives sur les variables dépendantes aux trois temps de mesure. Sur le plan méthodologique, mentionnons l'influence des mesures répétées (Kazdin, 2003; van der Zouwen & van Tilburg, 2001) et des moments de passation des questionnaires sur les réponses des participants. Des explications d'ordre clinique peuvent elles aussi éclairer la compréhension des résultats, notamment, le parcours de dépression chez les aînés, ainsi que les particularités de la dépression et de l'anxiété en comorbidité.

Commençons avec les retombées possibles des mesures répétées (Kazdin, 2003, van der Zouwen & van Tilburg, 2001). Il est probable que le fait de répondre trois fois aux mêmes questionnaires ait influencé les participants au post-test et à la relance. D'une part, il se peut que certains d'entre eux aient voulu montrer à l'interviewer qu'ils s'étaient améliorés par rapport aux rencontres antérieures. Il est possible de poser l'hypothèse que le fait de dévoiler que leur état ne s'est pas amélioré ait pu être vécu par certains d'entre eux comme une sorte d'échec qu'ils jugeaient peu acceptable de dévoiler. D'autre part, il est plausible que la nature des questions posées aux participants les ait fait réfléchir à leur état, entraînant du coup une prise de conscience salutaire. En ce qui concerne les

participants du groupe contrôle, peut se poser la question de savoir si le fait de participer à une étude universitaire à trois occasions ait pu les valoriser et les faire se sentir utiles et, donc, entraîner un biais positif dans leurs résultats. Se pose également celle de l'influence positive possible d'avoir bénéficié à trois reprises d'un moment privilégié avec un étudiant de psychologie au cours duquel les réponses aux questionnaires sur des sujets les touchant personnellement leur permettaient de se confier. Même si les interviewers étaient formés à être centrés sur la tâche et à ne pas « glisser » vers de la thérapie, il n'en demeure pas moins qu'un environnement professionnel, respectueux et confidentiel ait pu générer un effet thérapeutique.

Il est également possible que les moments de passations des questionnaires aient eu une influence sur la perception des participants quant à leur capacité à réaliser des projets, sur leur humeur et leur niveau d'anxiété. À titre d'exemple, la relance du groupe contrôle a eu lieu en août-septembre après un été radieux. On peut donc penser que la saison ou la possibilité de faire des activités extérieures aient eu une influence sur l'amélioration du moral des participants du groupe contrôle et la perception qu'ils avaient de réaliser des projets. En comparaison, 18 des 24 participants du groupe intervention ont répondu à la relance en novembre (mois d'automne réputé pour être plus « gris », moins lumineux et moins stimulant). En somme, il semble qu'il aurait été pertinent de synchroniser les temps de mesures pour les groupes et de réaliser des mesures ultérieures pour mettre en perspective l'évolution des symptômes, selon les saisons ou les événements.

Il faut toutefois être prudent lors de l'analyse des données dans le contexte de devis longitudinaux avec plusieurs temps de mesure. Selon le modèle explicatif de l'évolution de l'état dépressif utilisé, les données sont interprétées de façons différentes, modifiant du coup la lecture du phénomène. Prenons l'exemple des modèles épisodique (Frank, Prien, & Jarret, 1991) et pléimorphique (Judd et al., 1998).

Le modèle épisodique (Frank et al., 1991) met de l'avant que chaque épisode dépressif s'inscrit dans une durée bien définie et s'avère indépendant des autres. La personne est ainsi considérée en dépression ou non. L'une des faiblesses de ce modèle relève du fait que les éventuels épisodes dépressifs qui surviennent à l'intérieur des intervalles entre chacune des mesures répétées demeurent inconnus, ce qui empêche de capter la fluctuation complète des symptômes dépressifs et entraîne la possibilité d'interprétations erronées (Stewart & Lindesay, 2011). Dans ce contexte, comment savoir si le participant est réellement en rémission complète ou simplement entre deux épisodes récurrents? Comment être certain qu'il s'agit du même épisode dépressif que lors de la mesure précédente et que le participant n'a pas eu de rémission partielle ou complète entre les deux temps de mesure? Il est donc possible que l'amélioration des symptômes mesurée ne soit qu'une « accalmie » entre deux épisodes ou une diminution qui s'insère dans une condition chronique, ce qui pourrait expliquer en partie les résultats des participants lors de la relance.

À sa façon, le modèle pléimorphique (Judd et al., 1998) pallie cette faiblesse en considérant que les états dépressifs ne seraient pas aussi tranchés et délimités dans le temps. Les individus dépressifs traverseraient des niveaux fluctuants sur le plan de la sévérité des symptômes, niveaux ne correspondant pas nécessairement au diagnostic de dépression majeure, mais d'une intensité affectant le fonctionnement quotidien, augmentant et diminuant, selon les circonstances et événements de vie rencontrés. Si l'on refaisait l'étude en utilisant davantage de temps de mesure, le modèle pléimorphique apparaîtrait recommandé. Il permettrait de tracer un portrait plus fidèle de la réalité; de mettre en évidence la tendance qu'aurait prise l'évolution des symptômes dépressifs des deux groupes à l'aide de ces mesures additionnelles (entre le prétest et le post-test, le post-test et la relance et après la relance) et ainsi de pouvoir interpréter les résultats en tenant compte du patron de dépression des participants.

Toujours à propos de l'évolution des symptômes dépressifs, plusieurs études, dont des méta-analyses, indiquent que certains patients âgés souffrent d'un épisode dépressif ponctuel et vivent une rémission complète, sans rechute, alors que pour la majorité, la dépression se présente plutôt comme une maladie chronique ou récurrente (Andreescu, Chang, et al., 2007; Beekman et al., 2002; Beekman et al., 2011; Cole, Bellavance, & Mansour, 1999; Comijs et al., 2015; Licht-Strunk et al., 2007; Licht-Strunk, Beekman, et al., 2009; Licht-Strunk, van Marwijk, et al., 2009; Livingston, Watkin, Milne, Manela, & Katona, 1997). Plus spécifiquement, des résultats tirés de suivis de plus d'un an, auprès de personnes âgées, suggèrent qu'environ un patient sur trois vivrait un épisode dépressif

ponctuel suivi d'une rémission, qu'un patient sur trois développerait des symptômes dépressifs chroniques, alors que le tiers restant présenterait un pronostic variable (ex. : épisodes dépressifs intermittents, troubles cognitifs, voire un décès consécutif à leur état; Beekman et al., 2002; Beekman et al., 2011; Cole & Bellavance, 1997; Cole et al., 1999). On peut ainsi se demander si l'amélioration des symptômes dépressifs dans le groupe intervention et contrôle est attribuable à une rémission à la suite d'un épisode ponctuel. Est-elle due au fait que les personnes sont dans une période où les symptômes sont moins intenses, malgré une condition récurrente ou chronique, ou à l'inverse, vivent-elles un épisode dépressif léger après une rémission de quelques mois? Au prétest, les participants vivaient-ils un premier épisode ponctuel, un épisode récurrent ou un état chronique de dépression? Pour toutes ces raisons, il faut être prudent dans l'interprétation de la condition dépressive des participants.

Le pronostic de la dépression tardive est réputé pour être très hétérogène et donc, difficile à prévoir (Beekman et al., 2011; Cole et al., 1999). On sait cependant que, tout comme dans le cas de la prévalence de la dépression, le pronostic, et donc le parcours dépressif, est inextricablement lié au diagnostic, à la sévérité des symptômes, aux facteurs de vulnérabilité à long terme (ex. : antécédents familiaux ou individuels de dépression, prédispositions génétiques, traumatismes en bas âge, niveau de scolarité bas, faible réseau social), ainsi qu'aux facteurs de risques rencontrés par l'individu, qui augmentent en vieillissant (veuvage, multidiagnostics de maladie physique, perte d'autonomie, trouble

neurocognitif, relogement; Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002; Andreescu, Chang, et al., 2007; Beekman et al., 2002, 2011; Comijs et al., 2015; Licht-Strunk et al., 2007).

Prenant en considération l'ensemble de ces facteurs, nous pouvons nous questionner sur l'ampleur de l'influence de ceux-ci sur l'évolution des symptômes dépressifs de tous les participants. Se pourrait-il que leurs symptômes dépressifs aient fluctué davantage à cause de ces facteurs plutôt qu'en raison de l'intervention (le programme dans le cas du groupe intervention et les trois rencontres de collecte de données pour le groupe contrôle) et que le simple fait de se sentir mieux améliore la perception de la personne concernant sa capacité à réaliser ses buts? Examinons, à titre d'exemple, quelques-uns des éléments ayant pu moduler les symptômes dépressifs de l'ensemble des participants qui mettent en lumière leur possible influence sur l'effet principal du temps qui a été significatif au BDI-II et à l'ÉDG.

L'évolution de l'état dépressif ne serait pas le même selon le type de trouble de l'humeur auquel sont rattachés les symptômes. Les résultats de Beekman et al. (2002) en témoignent. Un suivi de cohortes sur six ans (évaluées tous les six mois pour un total de 14 temps de mesure), réalisé auprès de 277 participants âgés entre 55 et 85 ans, a mis en évidence que la dépression mineure ou sous-clinique, plus fréquente chez les personnes âgées, est associée à un pronostic plus favorable (26 % de rémission, 49 % de récurrence, 25 % d'évolution chronique) que le trouble dépressif majeur (22 % de rémission, 44 % de récurrence, 35 % d'évolution chronique). Pour sa part, la dysthymie aurait un pronostic

plus défavorable (12 % de rémission, 36 % de récurrence, 52 % d'évolution chronique), alors que pour le double diagnostic, soit le trouble dépressif majeur et la dysthymie, on trouve seulement 5 % de rémission, 19 % de récurrence et 77 % d'évolution chronique. Le profil récurrent inclut les personnes ayant des épisodes récurrents avec ou sans rémission complète entre les épisodes.<sup>7</sup> Contrairement à Beekman et al. (2002), les mesures de la dépression de la présente étude (BDI-II et ÉDG) ne nous permettaient pas de déterminer à quel trouble de l'humeur les symptômes étaient reliés, mais seulement de connaître le niveau moyen de sévérité des symptômes dans chaque groupe. Ces informations auraient sans doute apporté un éclairage intéressant pour l'interprétation de l'absence de différence significative entre les deux groupes. Par exemple, un même score au BDI-II au prétest peut être attribuable à la dépression sous-clinique, la dépression mineure ou la dysthymie. La dysthymie étant associée à une évolution chronique, on peut s'attendre à ce que l'état de la personne fluctue, faisant en sorte qu'un individu souffrant de dysthymie dans le groupe contrôle a pu présenter une diminution de son score au BDI-II au post-test (attribuable à la fluctuation naturelle de sa maladie), alors qu'une autre personne souffrant de dépression majeure dans le groupe intervention a pu voir son état s'améliorer grâce à sa participation au programme « En route vers une vie plus heureuse ». Pour ces raisons, il est vraisemblable qu'un échantillon plus grand aurait permis de diminuer l'erreur d'échantillonnage et d'accroître la comparabilité des deux groupes sur l'ensemble des variables confondantes (Howell, 2008).

---

<sup>7</sup> Beekman et al. (2002) précisent que la somme des pourcentages n'égalant pas 100 s'explique par les arrondis.



La sévérité des symptômes est un autre facteur ressortant fréquemment des études consultées pour expliquer le pronostic de dépression chez les aînés (Andreescu, Chang, et al., 2007; Beekman et al., 2002; Cole et al., 1999; Comijs et al., 2015; Cui, Lyness, Tang, Tu, & Conwell, 2008; Licht-Strunk, van Marwijk, et al., 2009; Livingston et al., 1997). Des études ont relevé qu'il n'est pas rare que les personnes âgées présentent des symptômes plus sévères que les plus jeunes, les exposant ainsi à un pronostic plus sombre. À ce sujet, Beekman et al. (2002) ont stratifié leur échantillon en trois groupes d'âge: 55-64 ans, 65-74 ans, 75-85 ans. Il est ressorti que le groupe des plus âgés avait des symptômes dont le niveau moyen de sévérité et la durée étaient plus élevés tout au long des six années de suivi et donc, un pronostic plus réservé que les autres catégories d'âge. En ce qui concerne la durée des épisodes, les résultats d'une méta-analyse réalisée par Licht-Strunk et al. (2007) abondent dans le même sens. Il ressort notamment que la durée des épisodes dépressifs serait plus longue chez les adultes âgés comparativement aux adultes de 18 à 64 ans chez qui on retrouve une récupération à l'intérieur d'un an dans 76 % des cas. Or, dans notre étude, les participants du groupe intervention et contrôle présentaient des âges moyens similaires et relativement proches du début du troisième âge, respectivement 68,6 ans et 69,5 ans. On peut donc présumer que si l'échantillon complet s'est comporté comme celui de Beekman et al. (2002), une diminution des scores de dépression peut être associée à la catégorie d'âge des deux groupes. L'âge pourrait donc être relié à l'amélioration des symptômes dans les deux groupes.

En ce qui concerne les facteurs de vulnérabilité à long terme, selon l'étude de Comijs et al. (2015), les participants qui demeuraient dépressifs durant plus de deux ans étaient significativement plus jeunes que les autres lorsqu'ils avaient vécu leur premier épisode dépressif. Se pourrait-il que notre échantillon soit composé de personnes qui vivaient un premier épisode dépressif, ce qui pourrait expliquer en partie l'amélioration de leur état, notamment, dans le groupe contrôle?

À l'égard du réseau social, mentionnons que les animateurs ont remarqué que plusieurs participants du groupe intervention vivaient dans des environnements relationnels pauvres ou pathologiques (conflits conjugaux ou familiaux, faible satisfaction conjugale, isolement social) et que malgré ces situations difficiles, la plupart ont connu une amélioration à la suite de leur engagement dans le programme « En route vers une vie plus heureuse ». Les données sont toutefois insuffisantes pour comparer le groupe intervention et le groupe contrôle à cet égard, car les participants du second groupe ont moins eu l'occasion de s'exprimer sur le sujet avec les interviewers.

Pour ce qui est des facteurs de risque rencontrés davantage en vieillissant, rappelons que le lien entre la dépression et la maladie physique (incluant, entre autres, la douleur, les pertes sensorielles, le diabète, les maladies cardiovasculaires et la perte d'autonomie) ressort clairement de la littérature scientifique (Alexopoulos, 2005; American Psychiatric Association, 2015; Beekman et al., 2011; Chen & Copeland, 2011; Cole & Dendukuri, 2003; Chew-Graham, 2011). C'est pourquoi il importe de tenir compte de la possibilité que

les symptômes dépressifs des participants se soient résorbés à la suite d'une amélioration de leur condition physique. Toutefois, étant donné que les participants des deux groupes présentaient des perceptions de leur condition physique qui étaient similaires au prétest, il est peu probable que ce facteur constitue un biais qui a eu un impact différentiel sur les groupes. En outre, soulignons que l'évolution à travers le temps de l'état de santé, de la douleur physique et de son intensité ressentie s'est avérée similaire pour chacun des groupes. Enfin, rappelons que ces variables n'étaient pas reliées à la dépression dans cette étude (BDI-II et ÉDG).

Toujours en ce qui a trait aux facteurs de risque qui augmentent en vieillissant, on conçoit aisément qu'il est possible que certains participants réagissent à un événement important de leur vie (ex. : relogement, retraite, deuil) et qu'ils aient ainsi manifesté des symptômes dépressifs ou anxieux qui se sont résorbés après la phase normale d'adaptation (American Psychiatric Association, 2015). Il en est de même pour les événements positifs (ex. : une nouvelle relation significative ou un événement particulièrement agréable dans la famille) qui ont pu marquer les participants durant cette période et influencer positivement la perception de leur état.

### **Particularités de la comorbidité dépression-anxiété**

Il importe également de tenir compte de la possible influence de l'anxiété, lorsqu'elle se présente en comorbidité avec la dépression. Il ressort de la littérature que les gens qui vivent simultanément de la dépression et de l'anxiété auraient des symptômes plus sévères

et persistants (Andreescu, Lenze, et al., 2007; Beattie et al., 2010; Jeste et al., 2006; Lenze, 2003; Lenze et al., 2000; Schoevers et al., 2003, Schoevers & Deeg, 2005; Steffens & McQuoid, 2005) et une moins bonne réaction aux traitements qui leur sont adressés, y compris les antidépresseurs (Andreescu, Lenze, et al., 2007).

Selon Andreescu, Lenze, et al. (2007), l'identification et la gestion de l'anxiété dans la dépression tardive seraient nécessaires pour que les personnes atteignent une récupération stable. Dans cette perspective, on peut penser qu'une proportion des participants du groupe intervention pourrait connaître une nouvelle augmentation des symptômes dépressifs, puisque leur niveau d'anxiété demeure significatif pour une grande part d'entre eux. Ceci d'autant plus que l'anxiété peut être considérée comme un symptôme résiduel tenace de la dépression (Goldberg, 2010; Spadone & Corruble, 2010).

Une autre explication à prendre en considération est l'âge auquel les symptômes anxieux ont commencé à affecter significativement le fonctionnement de la personne âgée. Les résultats de Schoevers et al. (2003), auprès de 4051 personnes âgées entre 65 et 84 ans et vivant dans la communauté, ont montré qu'une vulnérabilité de longue date, illustrée par une histoire personnelle de dépression et d'anxiété, était associée à des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété généralisée au moment de leur étude. Selon Beck et Stanley (1997), l'âge auquel les symptômes ont commencé à être significatifs peut particulièrement influencer l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental chez les adultes âgés. Ainsi, connaître les antécédents d'anxiété des participants de l'étude aurait

pu jeter un éclairage sur la compréhension du pourcentage élevé d'anxiété (37,5 %) dans le groupe intervention à la relance, pourcentage qui correspond au diagnostic probable d'anxiété généralisée du DSM-IV (Pachana & Byrne, 2012). On peut toutefois supposer qu'une proportion importante des participants des deux groupes souffraient d'une anxiété de longue date, puisque plusieurs résultats rapportent que les troubles anxieux débuteraient rarement à l'âge avancé (Flint, 2005; Kessler et al., 2005).

### **Pertinence du programme « En route vers une vie plus heureuse »**

#### **chez les hommes âgés dépressifs**

Poursuivons avec l'interprétation des analyses exploratoires qui ont été effectuées sur l'effet différentiel du programme quant au sexe. La diminution significative des symptômes dépressifs chez les hommes au BDI-II comparativement aux femmes peut notamment s'expliquer par le fait que les interventions suggérées dans le programme sont davantage orientées vers l'action, la résolution de problèmes et les forces des individus. Ce faisant, elles rejoindraient particulièrement les hommes, qui répondraient mieux à ce genre d'intervention comparativement aux thérapies plus traditionnelles qui visent davantage l'expression des émotions, la diminution des symptômes et du mal-être (Englar-Carlson & Kiselica, 2013; Hinton et al., 2006).

Ce résultat est d'autant plus pertinent que les hommes dépressifs sont une clientèle à cibler étant donné qu'ils connaissent des taux de suicide complétés plus élevés que les femmes, et ce, dans n'importe quel groupe d'âge (Hinton et al., 2006). L'intervention

auprès des hommes âgés comporte cependant plusieurs défis. On doit considérer que plusieurs ont construit leur identité et leur estime de soi sur des valeurs masculines socialement valorisées, comme le courage, la détermination, la force et l'autonomie (Hinton et al., 2006; Pinard & Legault, 1997). Ainsi, plutôt que de tenter d'apprendre aux hommes à exprimer leurs émotions, alors que plusieurs ont traditionnellement été conditionnés à les contenir, les intervenants devraient consolider les forces des hommes au lieu de les confronter à leurs faiblesses. Dans cet ordre d'idées, Isacco, Talovic, Chromik et Yallum (2012) mettent l'accent sur la « masculinité positive », c'est-à-dire l'importance de mettre en place des interventions axées sur le caractère adaptatif des forces, des émotions et des vertus découlant des rôles masculins traditionnels et qui, du coup, favorisent le bien-être et la résilience chez les hommes et, par ricochet, celui de leur entourage. Même s'il n'a pas été spécifiquement conçu dans une perspective de « masculinité positive », il est plausible que le type d'intervention proposé par le programme « En route vers une vie plus heureuse » ait rejoint les hommes sur ces aspects.

Pour comprendre l'effet du programme auprès des hommes, il est également possible de faire un rapprochement avec le concept de « masculinité envisagée » (*possible masculinity*), proposé par Davies, Shen-Miller et Isacco (2010). Il s'agit d'un mode d'intervention centré sur les aspirations futures, en termes d'identité et de comportements, qui rejoindrait particulièrement les hommes qui manquent de buts ou de direction dans leur vie. L'objectif étant d'aider ces derniers à développer ce qui leur permettra de devenir responsables, tolérants, courtois, attentionnés dans leur famille et leur communauté et

ainsi vivre une vie pleine et en santé. En ce sens, la « masculinité envisagée » est indirectement abordée lors de l'exercice des 23 débuts de phrases à compléter (« Je veux ... », « J'espère ... », « J'aimerais ... ») réalisé par les participants à la 4<sup>e</sup> rencontre. Somme toute, même si le concept de « masculinité envisagée » est tiré d'interventions réalisées auprès de jeunes universitaires, le rapprochement avec les besoins des hommes âgés dépressifs apparaît plausible.

Toujours en ce qui concerne l'intervention auprès des hommes, Isacco et al. (2012) soulignent que demander aux hommes lors de la première entrevue ce qu'ils désirent être (devenir) et ce qui les en empêche, plutôt que de leur demander directement comment ils se sentent et ce qui les amène à consulter diminuerait les résistances et ferait en sorte que les hommes se sentiraient moins sur la défensive ou moins impuissants. On se rappellera que dès les premières rencontres du programme « En route vers une vie plus heureuse », on demande aux participants ce à quoi ils aimeraient que leur vie ressemble et la façon dont ils perçoivent leur futur.

Le *Modèle de masculinité positive* de Kiselica et Englar-Carlson (2010) apporte aussi un éclairage intéressant pour comprendre la réaction des hommes du groupe intervention. Plusieurs forces masculines qui y sont présentées sont mises en valeur par la démarche de réalisation des buts ou seraient faciles à intégrer. Les voici.

*La manière masculine de se relier aux autres.* Traditionnellement, les hommes présentent une propension à créer des amitiés en étant dans l'action (ex. : jouer ensemble, travailler ensemble). Les interventions psychologiques devraient donc en tenir compte en les encourageant à créer des occasions d'échange avec d'autres hommes en pratiquant des activités. Puisque la démarche vers la réalisation des buts est effectuée en groupe et qu'elle est centrée sur l'action et le partage des ressources entre les membres, elle favorise le déploiement de cette force. De plus, l'étape de l'élaboration du but représente une occasion pour les hommes d'identifier des activités qu'ils pourraient réaliser avec d'autres hommes de leur entourage et les moyens de les concrétiser.

*La paternité générative.* Selon Kiselica et Englar-Carlson (2010), les hommes plus âgés exprimeraient leur amour en offrant leur sagesse et leur soutien aux autres générations, d'où l'importance de reconnaître leurs forces et leurs connaissances pour qu'ils retrouvent une façon de se sentir utiles aux autres. On conçoit aisément que plusieurs buts personnels pourraient répondre à ce besoin chez les hommes (ex. : écrire ses mémoires, aider un enfant à rénover sa maison tout en lui montrant comment faire).

*Une manière masculine de se soucier des autres.* Pour beaucoup d'hommes, prendre soin de leurs proches se manifeste en s'occupant du domicile (ex. : réparer, bricoler). L'animateur qui détecte cette caractéristique chez un participant peut donc l'orienter vers un but qui le valorisera sur cet aspect.



*L'autonomie masculine.* Les hommes de culture occidentale ont souvent appris à utiliser leurs propres ressources pour résoudre des problèmes et gérer des situations difficiles. Or, une réelle autonomie passe par l'interdépendance ou la nécessité de tenir compte des conseils et de l'assistance d'autres personnes. C'est pourquoi Kiselica et Englar-Carlson (2010) mentionnent l'importance d'aider les hommes à accepter ce fait incontournable. L'expérience d'une démarche de groupe, comme celle qu'ont vécu les hommes du groupe intervention, expose implicitement les hommes aux conseils et à l'assistance des membres du groupe, ce qui les amène à travailler cette force indirectement.

*Les ouvriers prestataires.* Plusieurs hommes se valorisent par leurs rôles de travailleur et de pourvoyeur. Pour plusieurs, ces rôles sont rattachés à un sentiment d'accomplissement, qui est source de fierté. Pour valoriser cet aspect chez les hommes, Kiselica et Englar-Carlson (2010) suggèrent aux intervenants d'utiliser des expressions comme « nous avons un travail à faire » ou encore « nous allons travailler ensemble ». Des suggestions qui s'insèrent facilement dans le style d'animation du programme.

*L'audace masculine, le courage et la prise de risque.* Les hommes en bonne santé expriment souvent leur courage en prenant certains risques, sans toutefois devenir téméraires. Par exemple, ils peuvent poser des gestes hasardeux dans le but d'accomplir une tâche ou de protéger un être cher. Prenant cette force en considération, les animateurs

pourraient la renforcer en stimulant les hommes à poursuivre leur but en se lançant des défis.

*La propension des hommes à être en groupe.* Plusieurs hommes ont appris à socialiser et à travailler en groupes formés d'hommes (ex. : équipes sportives, milieu de travail typiquement masculin comme les entreprises minières ou manufacturières). Offrir des interventions exclusivement aux hommes serait donc une façon de diminuer certaines résistances à l'intervention « psychologique », puisque certains se sentiraient plus à l'aise et familiers dans un contexte qui privilégie le fait de se retrouver et d'agir exclusivement entre hommes.

*Les organisations masculines de services humanitaires.* Sur ce point, Kiselica et Englar-Carlson (2010) citent en exemple le Club Lions. À ce groupe s'ajoutent notamment les Chevaliers de Colomb, ainsi que les Clubs Richelieu et Rotary. Les auteurs mentionnent que les animateurs devraient renforcer leurs clients masculins qui participent à ces organisations et encourager ceux qui recherchent une compagnie positive à se joindre à ce genre de groupe. À l'intérieur du programme « En route vers une vie plus heureuse », il serait facile d'inventorier de tels organismes à buts humanitaires et de faire ressortir les rôles que les participants pourraient y exercer.

*L'humour masculin.* Une autre force positive des hommes présentée dans le modèle est qu'ils ont une propension à utiliser l'humour pour diminuer la tension, exprimer leur

affection ou encore, penser moins fréquemment à leurs soucis. Les plaisanteries bien dosées et non déplacées seraient donc particulièrement recommandées lors d'animation de groupe d'hommes. Nul besoin de mentionner que tout au long de la démarche sur les buts, l'humour a toujours sa place.

*L'héroïsme masculin.* Selon Kiselica et Englar-Carlson (2010), l'apprentissage et la construction de l'identité passent souvent par l'identification à des héros. Ces héros peuvent être des figures ayant marqué l'histoire, des athlètes olympiques, mais aussi des hommes inspirants de la vie quotidienne. Un exemple d'application de cette force dans le contexte du programme de réalisation des buts serait d'encourager les hommes à identifier leurs « héros », en quoi ils les touchent et de quelle façon ils peuvent développer ou renforcer la vertu qu'ils perçoivent chez ceux-ci. L'animateur pourrait encourager les participants à développer les forces qu'ils admirent. De plus, chez les hommes âgés, les rencontres pourraient également être une occasion d'identifier de nouveaux modèles inspirants, parfois à l'intérieur même du groupe.

Bref, à la lumière des modèles présentés, on comprend facilement pourquoi le programme « En route vers une vie plus heureuse » constitue un mode d'intervention particulièrement intéressant pour les hommes. Nul doute qu'il serait pertinent d'adapter le programme en y ajoutant des consignes qui permettent une animation mettant en valeur les forces masculines du *Modèle de masculinité positive* de Kiselica et Englar-Carlson (2010), en intégrant des exercices qui offriraient la possibilité aux hommes de réfléchir à

certaines de leurs forces (ex. : exercice sur la paternité générative, réflexion sur l'héroïsme masculin).

### **Études ultérieures**

Il ressort de la présente étude que la création et l'évaluation d'interventions visant une amélioration du bien-être, et non pas seulement un soulagement des symptômes dépressifs et anxieux, apparaissent incontournables auprès des personnes âgées. Tel que mentionné, lorsque ces dernières traversent des pertes ou des deuils, des facteurs de risques de dépression connus chez cette clientèle (Alexopoulos, 2005; Beekman et al., 2011; Cuijpers et al., 2011; Chew-Graham, 2011; Lôi & Gallarda, 2000), on peut penser que le fait de nourrir le bien-être psychologique pourrait constituer un facteur de protection susceptible de diminuer le risque que le processus de deuil ne s'aggrave en épisode dépressif. À l'inverse, lorsque l'humeur dépressive ou anxieuse constitue un état de souffrance chronique et persistant, des recherches longitudinales pourraient étudier l'effet de ce type d'intervention sur la durée des épisodes dépressifs ou anxieux. D'autant plus qu'à ce jour, il est encore difficile de prédire la réponse aux interventions lorsqu'il est question de dépression « pure », d'anxiété généralisée « pure » ou d'anxiété-dépression mixte chez les personnes âgées. Des études longitudinales sont recommandées pour mieux comprendre le phénomène (Bryant et al., 2008; Goldberg, 2010; Schoevers et al., 2003).

La poursuite de l'évaluation du programme « En route vers une vie plus heureuse » s'inscrit dans cette lignée. Comme des études antérieures ont montré la pertinence de la

démarche auprès de diverses clientèles, il est de mise de poursuivre son évaluation auprès des personnes âgées dépressives et anxieuses en renforçant le devis de recherche.

Sur le plan méthodologique, les prochaines recherches portant sur le programme pourraient être enrichies par l'utilisation d'un devis expérimental avec randomisation qui impliquerait deux traitements différents, dont un groupe de traitement non spécifique (groupe « attention placebo », Kazdin, 2003), et d'assigner aléatoirement l'échantillon entre ces groupes.

De plus, l'utilisation d'un modèle linéaire mixte (Gibbons, Hedeker, & DuToit, 2010; West, Welch, & Gatecki, 2015) contournerait le problème de données manquantes des participants au post-test en permettant d'intégrer dans l'étude les personnes absentes au post-test qui auraient toutefois pu être présentes lors de la relance. Cette procédure serait particulièrement utile pour un échantillon constitué de personnes âgées, étant donné qu'elles sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé entraînant une absence à certains temps de mesure.

L'ajout de temps de mesure apparaît également un incontournable pour mieux cerner l'influence des buts sur les différents profils dépressifs. Il serait, aussi, utile de refaire l'étude avec un plus grand échantillon, ainsi que plus d'informations sur le vécu des participants et leurs profils dépressifs pour permettre une meilleure compréhension de la

fluctuation des symptômes en lien avec l'intervention sur les buts. Une méthodologie qualitative serait une autre façon d'étudier ces aspects.

Une autre façon d'étudier le rôle du programme des buts sur les symptômes dépressifs et anxieux consisterait à répliquer l'étude auprès de personnes qui ont des profils similaires, notamment en les regroupant selon les caractéristiques de leurs états (ex. : le même diagnostic, profils récurrents ou chroniques seulement, même niveau d'intensité de symptômes) ou vivant des situations similaires (ex. : relogement en résidence, deuil d'un proche, perte du permis de conduire) et en évaluant leur capacité à développer une vie plus épanouie malgré la présence de symptômes psychopathologiques.

Comme le recommandent plusieurs chercheurs, les interventions déployées auprès des personnes âgées dépressives et anxieuses devraient l'être en tenant compte des clientèles plus à risque, soit celles ayant des symptômes dépressifs et un fardeau médical plus sévères, un niveau de fonctionnement psychiatrique plus bas, des antécédents de dépression dans la famille et peu de soutien social perçu (Comijs et al., 2015; Cui et al., 2008; Hybels, Pieper, Blazer, & Steffens, 2016; Licht-Strunk, van Marwijk, et al., 2009). Dans cette perspective, de nouvelles évaluations du programme « En route vers une vie plus heureuse » pourraient cibler des participants plus à risque et, du coup, davantage susceptibles de bénéficier de la démarche. On n'a qu'à penser aux personnes qui ont un faible réseau social, pour qui le fait de participer à une démarche de groupe s'échelonnant

dans le temps représenterait une occasion de créer de nouvelles relations et de diminuer ce facteur de risque que constitue l'isolement social.

Il en est de même pour la clientèle ayant des symptômes dépressifs plus sévères. Ces personnes plus à risque auraient davantage besoin d'intervention pour améliorer leur état, les moyens utilisés jusqu'alors ne leur ayant pas permis d'éviter l'intensification de leurs symptômes, lorsque ceux-ci étaient encore légers.

Encore faut-il ajouter que les personnes âgées faisant face à des états récurrents ou chroniques de dépression ou à des symptômes sévères peuvent en venir à abandonner et à se résigner à leur sort. Dans leur cas, tenter d'améliorer leur bien-être plutôt que de viser la guérison peut leur paraître plus accessible et leur faire vivre moins d'échecs. Développer la sérénité, accepter donc ce que l'on ne peut changer et apprendre à « faire avec la situation » est une meilleure façon de s'adapter que de subir et de s'y résigner ou de se battre obstinément contre elle. En adoptant des comportements positifs, ces personnes peuvent sentir qu'elles gagnent du pouvoir, même si elles constatent peu d'effets sur leurs symptômes, ce qui constitue néanmoins un facteur de soutien (Csillik et al., 2012).

En plus d'avoir une plus grande portée clinique, un échantillon composé de personnes ayant un niveau de symptômes dépressifs ou anxieux plus importants aurait également comme avantage, sur le plan méthodologique, de limiter la probabilité d'un effet

« plancher » (Kazdin, 2003). Le but étant d'éviter que des participants qui ont des symptômes légers viennent biaiser les résultats ayant peu de place à l'amélioration.

Intervenir auprès des personnes âgées ayant ce profil soulève cependant des enjeux spécifiques : il est possible que les symptômes se soient cristallisés, comme une manière d'être profondément ancrée, une résignation acquise caractérisée par un sentiment d'impuissance, qui, tel un cercle vicieux, contribue, en quelque sorte, aux symptômes dépressifs. Dans ce cas, il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre de rencontres prévues dans le programme. Ce faisant, les participants bénéficieraient de plus de temps pour poursuivre leurs buts, et en retirer les bénéfices sur leur bien-être psychologique, tout en ayant plus d'occasions d'éprouver de nouvelles façons de contourner les obstacles, de renforcer leur persévérance par le soutien du groupe et d'ancrer plus profondément ces nouvelles façons de s'adapter à l'adversité. Le programme aurait ainsi une plus grande probabilité de favoriser des changements de comportements durables.

S'inspirant des résultats de la présente étude, il serait également intéressant de poursuivre l'évaluation du programme auprès des hommes âgés, en examinant si l'effet du programme est le même selon que ces derniers évoluent dans des groupes composés uniquement d'hommes ou dans des groupes mixtes. Il en est de même chez les femmes : il serait intéressant de vérifier si elles s'amélioreraient davantage en participant à des groupes uniquement composés de femmes.



Dans le cas où le programme serait évalué auprès de groupes composés exclusivement d'hommes âgés, ce dernier pourrait être adapté notamment en y intégrant le concept de « masculinité envisagée » (Davies et al., 2010) et en prévoyant une rencontre au cours de laquelle l'animateur présenterait les caractéristiques masculines inventoriées par Kiselica et Englar-Carlson (2010). Les discussions des rencontres 2 et 3 pourraient aussi porter sur la masculinité positive (Isacco et al., 2012) et les forces auxquelles les participants s'identifient. Il serait également pertinent de s'intéresser à l'impact d'une animation masculine.

L'intervention auprès des hommes âgés comporte cependant plusieurs défis. Non seulement les modes d'intervention doivent-ils être adaptés pour répondre aux besoins de ces derniers, mais il y a également un travail de sensibilisation à faire à grande échelle dans le but de modifier la perception négative de plusieurs d'entre eux en regard de la maladie mentale et de l'aide psychologique (Hinton et al., 2006; Mental Health Commission of Canada, 2009). Pour eux, le fait de reconnaître leur faiblesse en admettant leurs symptômes dépressifs et de surcroît leur besoin d'aide peut être perçu et vécu comme une atteinte à l'estime de soi, voire une attaque à leur masculinité. Sans compter que les hommes sont déjà moins susceptibles que les femmes de reconnaître leurs symptômes et donc de manifester un intérêt à participer à une intervention de groupe (Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002).

Toujours en ce qui concerne l'amélioration du programme « En route vers une vie plus heureuse », la recommandation d'Andreescu, Lenze, et al. (2007) sur l'importance de tenir compte de l'anxiété dans le traitement de la dépression tardive, amène à penser qu'il pourrait être approprié de bonifier le programme par l'ajout d'interventions visant spécifiquement la diminution de l'anxiété. Étant donné que les effets de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ont été maintes fois démontrés (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2015; Khoury et al., 2013), l'ajout d'exercices de pleine conscience à chaque début de rencontre pourrait être une avenue intéressante pour aider les participants à être centrés sur le moment présent et sur ce qui est réellement important pour eux, plutôt que d'être sous l'influence de la turbulence des pensées nuisibles, lorsqu'ils réfléchissent à leur but.

Par ailleurs, dans une perspective beaucoup plus large, des recherches devront être poursuivies dans le but d'améliorer la connaissance des caractéristiques de la dépression chez les aînés (Alexopoulos, 2005; Bogner et al., 2012). Pour cela, les études ultérieures devront notamment tenir compte des avantages et limites propres à certains critères de recrutement. En un sens, recruter des participants ayant un diagnostic établi pourrait permettre une meilleure précision du pronostic et donc une analyse plus fine du parcours dépressif. Toutefois, étant donné que les troubles de l'humeur sont reconnus pour être sous-diagnostiqués chez les aînés (Chen & Copeland, 2011), plusieurs personnes vivant un niveau significatif de détresse ne répondraient sans doute pas à l'appel. Se fier à un score obtenu à un questionnaire, plutôt qu'à un diagnostic de dépression, permet donc de rejoindre des

patients vivant une détresse significative et susceptibles de bénéficier des interventions, mais pour qui les caractéristiques et les particularités sont peu connues (Alexopoulos, Borson, et al., 2002).

Enfin, l'amélioration des interventions ciblant la dépression et l'anxiété chez les aînés passant inévitablement par le dépistage (Chew-Graham, 2011). Des études ultérieures devraient s'assurer que les intervenants de première ligne disposent de connaissances suffisantes sur la spécificité des manifestations de la dépression chez les aînés, surtout chez les hommes (Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002; Hinton et al., 2006; Koenig & Blazer, 2007;) et sur les particularités de la présence simultanée de symptômes dépressifs et anxieux (Andreescu, Lenze, et al., 2007). En plus d'être mieux outillés pour orienter les personnes en détresse vers les services requis, les intervenants de première ligne le seraient également pour détecter les individus ciblés par les chercheurs. Compte tenu des difficultés de recrutement propres à cette clientèle, la collaboration entre les milieux de recherche et cliniques est assurément un atout.

### **Limites de l'étude**

À la lecture de la discussion, on constate que plusieurs facteurs de risque connus pour avoir une influence sur le parcours dépressif et anxieux des aînés n'ont pu être contrôlés empiriquement dans la présente étude. Nous n'avions pas un aperçu exhaustif des groupes sur le plan clinique au début de l'étude ni n'avons pu évaluer l'influence de ces facteurs de risque avec le passage du temps. Par exemple, plusieurs facteurs de vulnérabilité à long

terme énoncés par Beekman et al. (2011), comme l'histoire de dépression individuelle (ex. : âge lors du premier épisode dépressif, épisodes répétés de dépression tout au long de leur vie), les antécédents familiaux (ex. : parent dépressif à répétition), les traumatismes en bas âge et certains traits de personnalité (ex. : le névrosisme) constituent des informations qui n'ont pas été collectées auprès de chaque participant. Il en est de même pour les événements vécus entre les temps de mesure, qu'ils soient heureux (ex. : nouvelle relation, guérison, naissance dans la famille) ou plus difficiles (ex. : perte du permis de conduire, décès d'un être cher, relogement). Rappelons toutefois que l'objectif de l'étude ne visait pas à mieux comprendre l'évolution de la dépression et de l'anxiété en comorbidité chez les aînés. Cependant, ces informations auraient été utiles pour comprendre l'évolution des symptômes dépressifs dans les deux groupes. En effet, les écrits scientifiques considèrent que ces facteurs affaiblissent le pronostic, notamment en amplifiant l'intensité des symptômes ou en augmentant les risques de récives (Alexopoulos, Buckwalter, et al., 2002; Andreescu, Chang, et al., 2007; Beekman et al., 2011; Licht-Strunk et al., 2007; Beekman et al., 2011) et peut-être, dans ce cas-ci, en atténuant l'effet du programme « En route vers une vie plus heureuse ».

Bref, le fait qu'il soit difficile de départager ce qui appartient vraiment à l'effet du programme de ce qui découle d'autres variables ayant pu contribuer à l'état des participants (Royse, Thyer, Padgett, & Logan, 2006) représente une limite de l'étude. Cependant, plusieurs recherches portant sur la dépression sont confrontées aux mêmes difficultés. L'hétérogénéité des causes des symptômes dépressifs influence non seulement

le pronostic, mais rend les comparaisons entre les études particulièrement ardues, voire hasardeuses (Blazer, 2002; Chen & Copeland, 2011).

Sur le plan méthodologique, la taille restreinte de l'échantillon, la non-randomisation des participants, les collectes de données réalisées à des moments différents pour les groupes intervention et contrôle, le fait qu'aucun participant n'ait eu le même interviewer à chaque temps de mesure ainsi que la décision d'utiliser un score minimal de 9 au BDI-II comme critère de sélection sont tous des éléments qui limitent la portée de cette étude.

Commençons par aborder le phénomène de puissance statistique (Cohen, 1988). La probabilité de détecter un effet avec un test lorsque celui-ci existe dans la population dépend de la taille de cet effet (Sheskin, 2004). Lorsque la taille de l'effet est faible, un nombre de participants plus élevé est requis comparativement à la situation où la taille de l'effet est plus grande. Comme plusieurs effets d'interactions testés dans cette recherche étaient associés à une petite taille d'effet, l'échantillon total de 42 participants s'est avéré insuffisant pour les détecter lors des tests statistiques.

La non-randomisation des participants est une autre limite de cette étude. Les modes de recrutement ont pu interpeller des individus aux personnalités différentes avec des modes de gestion de leurs symptômes dépressifs et anxieux différents eux aussi. Il se pourrait, par exemple, que les participants qui ont répondu aux publicités indiquant l'offre du programme d'intervention ne possèdent pas les mêmes profils (besoin, tempérament,

attentes) que ceux qui ont répondu aux publicités portant sur la participation à une étude sur la dépression, les premiers recevant un service (intervention gratuite) et les seconds en rendant un (accorder de son temps pour soutenir une meilleure compréhension de la dépression chez les personnes âgées).

Les collectes de données réalisées à des moments différents pour les groupes intervention et contrôle ont également pu entraîner des biais, notamment celui de l'influence possible des saisons. Tel que mentionné, il est plausible d'envisager que l'été ait motivé les participants des deux groupes, mais que cet effet se soit estompé à l'automne, moment de la relance pour le groupe intervention.

À cela s'ajoutent les biais possibles dus au fait que, sauf exception, aucun participant n'a eu le même interviewer aux trois temps de mesure. Ce choix méthodologique visait à diminuer les effets possibles de l'émergence d'un lien de confiance avec l'interviewer qui aurait pu affecter l'objectivité de part et d'autre. Toutefois, ceci a possiblement eu comme inconvénient d'accroître l'erreur de mesure associée aux interviewers (van der Zouwen & van Tilburg, 2001).

Enfin, un score minimal de 9 au BDI-II a été utilisé pour sélectionner les participants, car ce score correspondait au seuil « dépression mineure » de la précédente version du BDI-II (Beck, Steer, & Garbin, 1988). Le choix d'intégrer des participants souffrant de symptômes de niveau minimal avait pour but d'élargir l'éventail de participants possibles

et donc de faciliter le recrutement, mais aussi d'éviter que les groupes ne soient composés uniquement de participants souffrant de symptômes modérés ou majeurs, ce qui aurait pu alourdir le climat au sein des groupes et affecter l'intérêt des participants à s'engager dans la démarche durant 14 semaines. Bien que légitime sur le plan clinique, cette façon de procéder a eu pour effet de restreindre l'amélioration possible des participants quant à leurs symptômes dépressifs et donc la probabilité de mettre en évidence des résultats significatifs (effet « plancher »; Kazdin, 2003).

## **Conclusion**



Somme toute, réaliser des projets porteurs de sens qui s'inscrivent dans l'échelle de valeurs de l'individu comporte plusieurs avantages : cela contribue au bien-être psychologique et au sens à la vie (Chen et al., 2012; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007; Klug & Maier, 2015; Lapierre et al., 2001, 2007; Wiese, 2007), à une personnalité plus intégrée (Emmons, 1996, Little, 2015), à favoriser l'adaptation en période de transition (Bailly et al., 2012; Sheldon & Lyubomirsky, 2006) et à diminuer les regrets (Lecci, Okun, et al., 1994).

Même si l'impact sur diverses variables reliées au bien-être psychologique (indicateurs positifs de santé mentale) du programme « En route vers une vie plus heureuse » ressort clairement dans la littérature scientifique (Bouffard et al., 1996, 2001; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain 2005; Dubé et al., 2000, 2002, 2007; Lapierre et al., 2007; Navratil & Lapierre, 2009; Rivest et al., 2009), la présente étude n'appuie pas son effet sur la dépression et l'anxiété (indicateurs négatifs de santé mentale). Toutefois, si l'on se réfère au modèle de santé mentale complète (Keyes, 2005, 2006; Keyes & Lopez 2002), pour lequel la santé mentale se conçoit à partir de deux vecteurs : 1) le bien-être psychologique et le niveau de fonctionnement et 2) le mal-être relié aux symptômes psychopathologiques, on peut présumer que l'amélioration du bien-être psychologique aidera l'individu à vivre, et ce malgré (ou avec) ses symptômes. Dans cette perspective, et en considérant les résultats de Lapierre et al. (2017), le programme peut être envisagé

comme une source d'émotions positives pouvant contrecarrer l'emprise d'émotions négatives découlant d'états dépressif ou anxieux.

Grâce à cette recherche, nous constatons que la formule du programme « En route vers une vie plus heureuse » a montré une fois encore sa flexibilité et son adaptabilité au rythme plus lent des participants dépressifs. Le programme est relativement facile à animer et peut être offert à des personnes de niveaux de scolarité très variés. Il constitue en outre une avenue d'intervention particulièrement intéressante chez les hommes âgés, puisqu'il représente une occasion pour ces derniers d'échanger entre eux et de mettre en valeur les forces masculines présentées dans le modèle de Englar-Carlson et Kiselica (2013).

Il s'agit de plus d'un mode d'intervention qui s'inscrit dans la lignée appuyant l'importance de mettre en place des facteurs de protection afin de diminuer l'impact possiblement délétère des facteurs de risques rencontrés fréquemment en vieillissant (Cui et al., 2008). Comme les individus âgés sont particulièrement exposés à des situations de pertes ou de deuils, le développement d'interventions favorisant le bien-être psychologique et la santé mentale prend alors toute son importance. En consolidant les forces de l'individu, on renforce sa résistance aux événements difficiles (Aguerre, 2017). Lorsque la personne est confrontée à une situation difficile, elle risque alors davantage de rebondir plutôt que de sombrer dans la détresse.

Les chercheurs et cliniciens doivent donc poursuivre leurs efforts pour mieux comprendre la dépression et l'anxiété chez les aînés : caractéristiques, étiologie, pronostic, comorbidité. Il en va d'un dépistage plus efficace et de la mise en place d'interventions variées, mieux adaptées et surtout, qui peuvent être plus facilement accessibles. Tous ont en effet droit à une vie riche et porteuse de sens, et ce, malgré la présence de troubles mentaux.

## Références

- Abdi, H. (2010). Holm's sequential Bonferroni procedure. Dans N. Salkind (Éd.), *Encyclopedia of research design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Aguerre, C. (2017). Regards croisés sur la santé, le rétablissement et le bien-être : psychologie positive, psychopathologie clinique et psychologie de la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 83-102.
- Alain, M. (2008). *Analyses de plans de recherche expérimentaux avec SPSS : applications en sciences humaines*. Trois-Rivières, QC : Éditions SMG.
- Alexopoulos, G. S. (1990). Anxiety-depression syndromes in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(6), 351-353.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365(9475), 1961-1970. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66665-2
- Alexopoulos, G. S., Borson, S., Cuthbert, B. N., Devanand, D. P., Mulsant, B. H., Olin, J. T., & Oslin, D. W. (2002). Assessment of late life depression. *Biological Psychiatry*, 52(3), 164-174. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01381-1
- Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C., & Krishnan, K. R. R. (2002). Comorbidity of late life depression: An opportunity for research on mechanisms and treatment. *Society of Biological Psychiatry*, 52(6), 543-558. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01468-3
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Traduction française par M.-A. Crocq, & J. D. Guelfi. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Andreescu, C., Chang, C.-C. H., Mulsant, B. H., & Ganguli, M. (2007). Twelve-year depressive symptom trajectories and their predictors in a community sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 20(2), 221-236. doi: 10.1017/S1041610207006667
- Andreescu, C., Lenze, E. J., Dew, M. A., Begley, A. E., Mulsant, B. H., Dombrovski, A. Y., Pollock, B. G., ... Reynolds III, C., F. (2007). Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: Controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 344-349. doi: 10.1192/bjp.bp.106.027169

- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in personality: Structure, process and content. *Psychological Bulletin*, 120(3), 338-375. doi: 10.1037/0033-2909.120.3.338
- Bailly, N., Gana, K., Hervé, C., Joulain, M., & Alaphilippe, D. (2014). Does flexible goal adjustment predict life satisfaction in older adults? A six-year longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 18(5), 662-670. doi: 10.1080/13607863.2013.875121
- Bailly, N., Joulain, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). Coping with negative life events in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *Aging and Mental Health*, 16(4), 431-437. doi: 10.1080/13607863.2011.630374
- Bauer, I., & Wrosch, C. (2009). Il faut savoir quand s'arrêter : l'ajustement des buts pour le bien-être et la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 113-129.
- Beattie, E., Pachana, N. A., & Franklin, S. J. (2010). Double jeopardy: Comorbid anxiety and depression in late life. *Gerontological Nursing*, 3(3), 209-220. doi: /10.3928/19404921-20100528-99
- Beck, A. T. (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Bruxelles, Belgique : de Boeck.
- Beck, J. G., & Stanley, M. A. (1997). Anxiety disorders in the elderly: The emerging role of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28(1), 83-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Inventaire de dépression de Beck, manuel* (2<sup>e</sup> éd.). Toronto, ON: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R., & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95. doi: 10.1176/ajp.157.1.89
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. H., & van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine*, 27, 1397-1409.

- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factor. *Journal of Affective Disorders*, 36(1), 65-75. doi.org/10.1016/0165-0327(95)00061-5
- Beekman, A. T. F., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E., Braam, A. W., ... van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression: A 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59, 605-611.
- Beekman, A. T. F., van Marwijk, H. W. J., & Stek, M. L. (2011). The outcome of late-life depressive disorders. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., pp. 502-507). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Kok, G. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W. J., & Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 400-410. doi:10.1016/j.jad.2014.12.016
- Blazer, D. G. (2002). Epidemiology of depression: Prevalence and incidence. Dans J. R. M. Copeland, M. T. Abou-Saleh, & D. G. Blazer (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2<sup>e</sup> éd, pp. 389-392). Londres, Angleterre: John Wiley and Sons.
- Blazer, D. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging and Mental Health*, 9(6), 497-499. doi: 10.1080/13607860500294266
- Blazer, D. (2011). Nosology and classification of mood disorders. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., pp. 457-459). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Bogner, H. R., Morales, K. H., Reynolds III, C. F., Cary, M. S., & Bruce, M. L. (2012). Course of depression and mortality among older primary care patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 895-903. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182331104
- Bouffard, L., Bastin, É., Lapierre, S., & Dubé, M. (2001). La gestion des buts personnels : un apprentissage significatif pour les étudiants universitaires. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 503-522.

- Bouffard, L., Dubé, M., Lapierre, S., Bastin, E. (1996). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 17(2), 115-135.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (5<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Masson.
- Brandtstädter, J. (2009). Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. *Advances in Life Course Research*, 14(1), 52-62. doi: 10.1016/j.alcr.2009.03.002
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22 (1), 117-150. doi: 10.1006/drev.2001.0539
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1061-1070. doi: 10.1037/0022-3514.65.5.1061
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Gräsmann, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 494-508. doi: 10.1037/0022-3514.75.2.494
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.11.008
- Cairney, J., Corna, L. M., Velhuizen, S., Herrmann, N., & Streiner, D. L. (2008). Comorbid depression and anxiety in later life: Patterns of association, subjective wellbeing, and impairment. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 16(3), 201-208. doi: /10.1097/01.JGP.0000300627.93523.c8
- Cantor, N., & Blanton, H. (1996). Effortful pursuit of personal goals in daily life. Dans P. M. Gollwitzer, & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 338-359). New York, NY: Guilford.
- Cantor, N., & Sanderson, C. A. (1999). Life task participation and well-being: The importance of taking part in daily life. Dans D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Éds), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 230-243). New York, NY: Russell Sage Foundation.



- Cardinal, M. (2005). *Proposition d'une intervention de groupe auprès des personnes atteintes de fibromyalgie : la gestion des buts personnels*. (Essai de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Carver, C. S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motivation and Emotions*, 30(2), 105-110. doi: 10.1007/s11031-006-9044-7
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2008). Feedback processes in the simultaneous regulation of action and affect. Dans J. Y. Shah, & W. L. Gardner (Éds), *Handbook of motivation science* (pp. 308-324). New York, NY: The Guilford Press.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77(1), 61-78. doi: 10.1007/s11205-005-5553-0
- Chen, R., & Copeland, J. (2011). Epidemiology of depression: Prevalence and incidence. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., pp. 479-488). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Chen, Y., Lee, Y.-T., Pethtel, O. L., Gutowitz, M. S., & Kirk, R. M. (2012). Age differences in goal concordance, time use, and well-being. *Educational Gerontology*, 38(11), 742-752. doi: 10.1080/03601277.2011.645424
- Chew-Graham, C. (2010). Depression in older people. *Practice Nurse*, 39(6), 29-33.
- Chew-Graham, C. (2011). Treatment of late-life depression in community settings. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., pp. 524-528). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Cobb, A. M., Stone, B. M., & Parks, A. C. (2017). L'efficacité des interventions favorisant le bonheur : une synthèse. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 159-184.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A., & Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 227-230. doi: /10.1016/j.archger.2009.04.001
- Cole, M. G., & Bellavance, F. (1997). The prognosis of depression in old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(1), 4-11.

- Cole, M. G., Bellavance, F., & Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147
- Cole, M. G., McCusker, J., Sewitch, M., Ciampi, A., & Dyachenko, A., (2008). Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 554-570. doi: /10.1017/ S1041610207005935
- Comijs, H. C., Nieuwesteeg, J. K. R., van Marwijk, H. W., van der Mast, R. C., Naarding, P., Oude Voshaar, R. C., ... Stek, M. L. (2015). The two-year course of late-life depression: Results from the Netherlands study of depression in older persons. *Biomed Central Psychiatry*, 15, 20-28. doi: 10.1186/s12888-015-0401-5
- Coote, H. M. J., & MacLeod, A. K. (2012). A self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(4), 305-315. doi: 10.1002/cpp.1797
- Copeland, J. R., Dewey, M. E., Wood, N., Searle, R., Davidson, I. A., & McWilliam, C. (1987). Range of mental illness among the elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 815-823. doi: 10.1192/bjp.150.6.815
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement in everyday life*. New York, NY: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre. La psychologie du bonheur*. Paris, France : Robert Laffont.
- Csillik, A., Aguerre, C., & Bay, M. (2012). Psychothérapie positive de la dépression : spécificités et apports cliniques. *Annales médico-psychologiques*, 170(8), 541-546. doi: 10.1016/j.amp.2011.10.012
- Cui, X., Lyness, J. M., Tang, W., Tu, X., & Conwell, Y. (2008). Outcomes and predictors of late-life depression trajectories in older primary care patients. *American Journal Geriatric of Psychiatry*, (16)5, 406-415. doi: 10.1097/01.JGP.000308881.22956.27
- Cuijpers, P., Smit, F., Lebowitz, B. D., & Beekman, A. T. F. (2011). Prevention of mental disorder in late life. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., pp. 844-849). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.

- Davies, J. A., Shen-Miller, D. S., & Isacco, A. (2010). The men's center approach to addressing the health crisis of college men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(4), 347-354. doi: 10.1037/a0020308
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104\_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- Drapeau, A., Boyer, R., & Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384. doi: 10.1007/s11414-009-9168-0
- Dubé, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2005). *L'adaptation à différentes situations de crise ou transitions de vie par la gestion des buts personnels. Guide d'animation*. Document inédit, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Alain, M. (2005). La santé mentale par la gestion des projets personnels : une intervention auprès de jeunes retraités. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 321-344. doi: 10.7202/012151ar
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Marcoux, L. (2014). *En route vers une vie plus heureuse par la gestion des buts et des projets personnels. Guide de l'animateur*. Manuscrit non publié. Laboratoire de gérontologie. Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Alain, M. (2002). Gestion des buts personnels et développement du potentiel chez les jeunes retraités : un programme d'intervention. *Vie et vieillissement*, 1, 59-65.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *European Review of Applied Psychology*, 57(3), 183-192. doi: 10.1016/j.erap.2005.04.004
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Labelle, R. (2000). Le bien-être psychologique par la gestion des buts personnels : une intervention de groupe auprès des retraités. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 255-280.
- Elliot, A. J. (2006). The hierarchical model of approach-avoidance motivation. *Motivation and Emotion*, 30(2), 111-116. doi: 10.1007/s11031-006-9028-7

- Elliot, A. J. (2008). Approach and avoidance motivation. Dans A. J. Elliot (Éd.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 3-16). New York, NY: Taylor & Francis Group.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172. doi: 10.1007/BF01061227
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068. doi: 10.1037/0022-3514.51.5.1058
- Emmons, R. A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and subjective well-being. Dans P. M. Gollwitzer, & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 313-337). New York, NY: The Guilford Press.
- Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. Dans C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Éds), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 105-128). Washington, DC: American Psychological Association.
- Emmons, R. A. (2005). Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*, 61(4), 731-745. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00429.x
- Emmons, R. A., & King, L. A. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1040-1048. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1040
- Englar-Carlson, M., & Kiselica, M. S. (2013). Affirming the strengths in men: A positive masculinity approach to assisting male clients. *Journal of Counseling and Development*, 91(4), 399-409. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00111.x
- Ferrey, G., Le Gouès, G., & Rivière, B. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Issy-les-Moulineaux, France : Masson.
- Fishbach, A., & Ferguson, M. J. (2007). The goal construct in social psychology. Dans A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Éds), *Social psychology: Handbook of basic principles* (2<sup>e</sup> éd., pp. 490-515). New York, NY, US: Guilford Press.
- Flint, A. J. (2005). Anxiety and its disorders in late life moving the field forward. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 3-6. doi: 10.1097/00019442-200501000-00002

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Frank, E., Prien, R. F., & Jarret, R. B. (1991). Conceptualisation and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 993-999.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R., (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.365
- Gallo, J. J., & Rabins, P. V. (1999). Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late-life. *American Family Physician*, 60(3), 820-826.
- Geiselman, B., & Bauer, M. (2000). Subthreshold depression in the elderly: Qualitative or quantitative distinction? *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 32-38. doi: 10.1016/S0010-440X(00)80006-1
- Gerety, M. B., Williams, J. W., Mulrow, C. D., Cornell, J. E., Kadri, A. A., Rosenberg, J., ... & Long, M. (1994). Performance of case-finding tools for depression in the nursing home: Influence of clinical and functional characteristics and selection of optimal threshold scores. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1103-1109.
- Gibbons, R. D., Hedeker, D., & DuToit, S. (2010). Advances in analysis of longitudinal data. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 79-107. doi: 10.1146.032408.153550
- Girden, E. R. (1992). *ANOVA: Repeated measures*. Newbury Park, CA: Sage.
- Glass, T. A., Kasl, S. V., & Berkman, L. F. (1997). Stressful life events and depressive symptoms among the elderly: Evidence from a prospective community study. *Journal of Aging and Health*, 9(1), 70-89. doi: 10.1177/089826439700900104
- Goldberg, D. (2010). The relationship between generalized anxiety disorder and major depressive episode. Dans D. Goldberg, K. S. Kendler, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Éds), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Refining the research agenda or DSM-V* (pp. 355-361). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Gollwitzer, P.-M. (1996). The volitional benefits of planning. Dans P. M. Gollwitzer, & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 287-312). New York, NY: Guilford.
- Gollwitzer, P.-M. (2009). La ténacité flexible dans la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 31-45.
- Gollwitzer, P.-M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119. doi: 10.1016/S0065-2601(06)38002-1
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M. K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(11), 1063-1073. doi: 10.1016/j.jagp.2016.06.006
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Ownby, R. L., Mullan, M. J., & Duara, R. (2000). Family history of dementia and current depression in nondemented community-dwelling older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(2), 65-71. doi: 10.1177/089198870001300204
- Havighurst, R. J. (1953). *Human development and education*. New York, NY: McKay.
- Heyl, V., Wahl, H.-W., & Mollenkopf, H. (2007). Affective well-being in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *European Psychologist*, 12(2), 119-129. doi:119-129 DOI 10.1027/1016-9040.12.2.119
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280-1300. doi: 10.1037/0003-066X.52.12.1280
- Hinrichsen, G. A., & Clougherty, K. F. (2006). *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L., & Unützer, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 884-892. doi: 10.1097/01.JGP.0000219282.32915.a4

- Holm, S. (1979). A simple sequential rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6(2), 65-70.
- Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles, Belgique: de Boeck.
- Hybels, C. F., Pieper, C. F., Blazer, D. G., & Steffens, D. C. (2016). Heterogeneity in the three-year course of major depression among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 775-782. doi: 10.1002/gps.4391
- Insel, T. R. (2014). The NIMH research domain criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020138
- Isacco, A., Talovic, E., Chromik, L., & Yallum, N. (2012). Addressing men's mental health through a strength-based approach. Dans J. M. Rippe (Éd.), *Lifestyle medicine* (2<sup>e</sup> éd., pp. 369-382). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Jefferson, A. L., Powers, D. V., & Pope, M. (2001). Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 22(3-4), 3-12. doi: 10.1300/J018v22n03\_02
- Jeste, N. D., Hays, J., & Steffens, D. (2006). Clinical correlates of anxious depression among elderly patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 90(1), 37-41. doi: 10.1016/j.jad.2005.10.007
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C., & Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: Its time has come. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 675-683.
- Johnson, S. L., Carver, C. S., & Fulford, D. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders. Dans A. M. Kring, & D. M. Sloan (Éds), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 204-228). New York, NY: The Guilford Press.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., & Coryell, W. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700.
- Karoly, P. (1993). Goal systems: An organizing framework for clinical assessment and treatment planning. *Psychological Assessment*, 5(3), 273-280. doi: 10.1037/1040-3590.5.3.273
- Katon, W. J., & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 859-863. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00313-6

- Katon, W., Lin, E., & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry* 29(2), 147-155. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2006.11.005
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unützer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 897-903.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Kelly, R. E., Mansell, W., & Wood, A. M. (2011). Goal conflict and ambivalence interact to predict depression. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 531-534. doi: 10.1016/j.paid.2010.11.018
- Kelly, R. E., Mansell, W., & Wood, A. M. (2015). Goal conflict and well-being: A review and hierarchical model of goal conflict, ambivalence, self-discrepancy and self-concordance. *Personality and Individual Differences*, 85, 212-229. doi: 10.1016/j.paid.2015.05.011
- Kelly, R. E., Wood, A. M., & Mansell, W. (2013). Flexible and tenacious goal pursuit lead to improving well-being in an aging population: A ten-year cohort study. *International psychogeriatrics*, 25(1), 16-24. doi: 10.1017/S1041610212001391
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N., & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225-237. doi: 10.1017/S0033291709990213
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide. *Social Indicators Research*, 77(1), 1-10. doi: 10.1007/s11205-005-5550-3



- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., ... Hofmann, G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005
- King, D. A., & Markus, H. E. (2000). Mood disorders in older adults. Dans S. Krauss Whitbourne (Éd.), *Psychopathology in later adulthood* (pp. 141-172). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Kirk, R. E. (2013). *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences*. Los Angeles, LA: Sage Publications.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-133. doi: 10.1002/gps.2215
- Kiselica, M. S., & Englar-Carlson, M. (2010). Identifying, affirming, and building upon male strengths: The positive psychology/positive masculinity model of psychotherapy with boys and men. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 276-287. doi: 10.1037/a0021159
- Klinger, E. (1995). Effects of motivation and emotion on thought flow and cognition: Assessment and findings. Dans P. E. Shrout, & S. T. Fiske (Éds), *Personality research, methods, and theory* (pp. 257-270). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Klug, H. P., & Maier, G. W. (2015). Linking goal progress and subjective well-being: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 37-65. doi: 10.1007/s10902-013-9493-0
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (2007). Mood disorders. Dans D. G. Blazer, D. C. Steffens, & E. W. Busse (Éds), *Essentials of geriatric psychiatry* (pp. 145-176). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T. A., & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(1), 231-244. doi: 10.1037/0022-3514.83.1.231
- Kököneyi, G., Reinhardt, M., Pajkossy, P., Kiss, B., & Demetrovics, Z. (2008). Characteristics of personal strivings and their relationship with life satisfaction. *Cognition, Brain, Behavior*, 7(4), 409-433.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 331-340. doi: 10.1002/gps.2546
- Kruglanski, A. W. (1996). Goals as knowledge structures. Dans P. M. Gollwitzer, & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 599-618). New York, NY: Guilford.
- Kumar, A., Lavretsky, H., & Elderkin-Thompson, V. (2004). Nonmajor clinically significant depression in the elderly. Dans S. P. Roose, & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 64-80). New York, NY: Oxford.
- Lapierre, S., & Bouffard, L. (2001). Questionnaire sur le processus de réalisation de projets. Document inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lapierre, S., Bouffard, L., & Bastin, É. (1993). Motivational goal in later life, *The International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 279-292.
- Lapierre, S., Bouffard, L., & Bastin, É. (1997). Personal goals and subjective well-being in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45(4), 287-303.
- Lapierre, S., Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R., & Bastin, É. (2001). Aspirations and well-being in old age. Dans P. Schmuck, & K. M. Sheldon (Éds), *Life goals and well-being: Toward a positive psychology of human striving* (pp. 102-115). Toronto, ON: Hogrefe & Huber.
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Préville, M., & Brassard, J. (2012). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics*, 24(2), 243-252. doi: 10.1017/S104161021100159
- Lapierre, S., Desjardins, S., Préville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., & Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology Research*, 5(2), 125-137.

- Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16-25. doi: 10.1027/0227-5910.28.1.16
- Lapierre, S., Marcoux, L., Desjardins, S., Dubé, M., Cantinotti, M., Miquelon, P., Boyer, R., ... Duchesne-Beauchamps, M. (2017). Un programme innovateur de promotion du bien-être psychologique chez des personnes âgées dépressives. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 185-206.
- Lavigne, A. (2008). *Évaluation de l'impact du programme de Gestion des buts personnels chez une jeune femme présentant des symptômes dépressifs*. (Essai de doctorat inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Lebowitz, B. D., & Olin, J. T. (2004). The social and financial burden of late life depression to society and individuals. Dans S. P. Roose, & H. A. Sackheim (Éds), *Late-life depression* (pp. 12-16). New York, NY: Oxford University Press.
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C., & Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression: A personal projects analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 404-408. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.404
- Lecci, L., Okun, M. A., & Karoly, P. (1994). Life regrets and current goals as predictors of psychological adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 731-741. doi: 10.1037/0022-3514.66.4.731
- Lenze, E. J. (2003). Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 62-67. doi: 10.1007/s11920-003-0011-7
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., Miller, M. D., ..., & Reynolds III, C. F. (2005). Generalized anxiety disorder in late life: Lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 77-80. doi: 10.1097/00019442-200501000-00011
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., Pollock, B. G., & Reynolds III, C. F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722-728.
- Li, Y.-S., Meyer, J. S., & Thornby, J. (2001). Depressive symptoms among cognitively normal versus cognitively impaired elderly subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 455-461. doi: 10.1002/gps.360

- Licht-Strunk, E., Beekman, A. T. F., de Haan, M., & van Marwijk, H.W.J. (2009). The prognosis of undetected depression in older general practice patients: A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 114(1), 310-315. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.006
- Licht-Strunk, E., van der Windt, D. A. W. M., van Marwijk, H. W. J., de Haan, M., & Beekman, A. T. F. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community: A systematic review. *Family Practice*, 24(2), 168-180. doi: 10.1093/fampra/cml071
- Licht-Strunk, E., van Marwijk, H. W. J., Hoekstra, T., Twisk, J. W. R., de Haan, M., & Beekman, A. T. F. (2009). Outcome of depression in later life in primary care: Longitudinal cohort study with three years' follow-up. *British Medical Journal*, 338(7692), 463-466. doi: 10.1136/bmj.a3079
- Little, B. R. (1983). Personal projects: A rationale and method for investigation. *Environment and Behavior*, 15(3), 273-309.
- Little, B. R. (2015). The integrative challenge in personality science: Personal projects as units of analysis. *Journal of Research in Personality*, 56, 93-101. doi: 10.1016/j.jrp.2014.10.008
- Little, B. R., & Gee, T. L. (2007). The methodology of personal projects analysis: Four modules and a funnel. Dans B. R. Little, K. Salmela-Aro, & S. D. Phillips (Éds), *Personal project pursuit: Goals, action and human flourishing* (pp. 51-93). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Livingston, G., Watkin, V., Milne, B., Manela, M. V., & Katona, C. (1997). The natural history of depression and the anxiety disorders in older people: The Islington community study. *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 255-262. doi: 10.1016/S0165-0327(97)00155-9
- Lôo, H., & Gallarda, T. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées*. Paris, France: John Libbey Eurotext.
- Louro, M. J., Pieters, R., & Zeelenberg, M. (2007). Dynamics of multiple-goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(2), 174-193. doi: 10.1037/0022-3514.93.2.174
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11(2), 391-402. doi: 10.1037/a0022575

- Markus, H., & Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. Dans L. A. Pervin (Éd.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp. 211-241). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Martin, E. I., & Nemeroff, C. B. (2010). The biology of generalized disorder and major depressive disorder: Commonalities and distinguishing features. Dans D. Goldberg, K. S. Kendler, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Éds), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Refining the research agenda or DSM-V* (pp. 45-70). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Meeks, S., Murrell, S. A., & Mehl, R. C. (2000). Longitudinal relationships between depressive symptoms and health in normal older and middle-aged adults. *Psychology and Aging, 15*(1), 100-109. doi: 10.1037/0882-7974.15.1.100
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders, 129*(3), 126-142. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.015
- Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Penninx, B. W. J. H., Schulz, R., Rubin, S. M., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2003). Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: Findings from the health aging and body composition study. *Journal of American Geriatrics Society, 51*(4), 499-504. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51158.x
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery & well-being. A framework for a mental health strategy for Canada*. Ottawa, ON: Mental Health Commission of Canada.
- Michalak, J., & Grosse Holtforth, M. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*(4), 346-365. doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00048.x
- Ministère de la Famille du Québec (2018). Les personnes âgées de 65 ans ou plus : données populationnelles. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/chiffres-aines/Pages/personnes-agees-65-plus-donnes.aspx>
- National Research Council, (2011). *Toward precision medicine: Building a knowledge network for biomedical research and a new taxonomy of disease*. Washington, DC : National Academies Press.
- Navratil, F., & Lapierre, S. (2009). La réorientation des buts après un divorce au mitan de la vie. *Revue québécoise de psychologie, 30*(2), 71-91.

- Norris, M. P., Arnau, R. C., Bramson, R., & Meager, M. W. (2004). The efficacy of somatic symptoms in assessing depression in older primary care patients. *Clinical Gerontologist*, 27(1-2), 43-57. doi: 10.1300/J018v27n01\_05
- Nurmi, J.-E. (1998). Self-definition and mental health during adolescence and young adulthood. Dans J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelman (Éds), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 395-419). New York, NY: Cambridge University Press.
- Nurmi, J.-E., & Salmela-Aro, K. (2006). What works makes you happy: The role of personal goals in life-span development. Dans M. Csikszentmihalyi, & I. S. Csikszentmihalyi (Éds), *A life worth living: Contributions to positive psychology* (pp. 182-199). New York, NY: Oxford University Press.
- Nuttin, J., (1980). *Motivation et perspectives d'avenir*. Louvain, Belgique: Presses universitaires de Louvain.
- Nuttin, J. (1991). *Théorie de la motivation humaine*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Nuttin, J., & Lens, W. (1985). *Future time perspective and motivation: theory and research method*. Leuven, Belgique: Leuven University Press.
- O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M.-C., MacHale, S., & Masterton, G. (2009). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: The relationship between goal disengagement, goal reengagement and suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 164-169. doi: 10.1016/j.brat.2008.11.001
- O'Connor, R. C., O'Carroll, R. E., Ryan, C., & Smyth, R. (2012). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: A two year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 248-255. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.035
- Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist*, 47(1), 33-38. doi:10.1111/j.1742-9544.2011.00052.x
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504
- Palys, T. S., & Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6), 1221-1230. doi: 10.1037/0022-3514.44.6.1221

- Payeur, F. (2017). La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2016. *Coup d'œil sociodémographique, mai*(55), 1-7.
- Petersen, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pinard, C., & Legault, A. (1997). Le suicide chez les hommes âgés: quand la vieillesse se termine prématurément! *Gérontophile, 19*(4), 21-27.
- Pizzagalli, D. (2016). Psychobiology of the intersection and divergence of depression and anxiety. *Depression and Anxiety, 33*(10), 891-894. doi: 10.1002/da.22550
- Pöhlmann, K., & Brunstein, J. (2000). Les buts personnels en psychothérapie : préciser ce qu'on veut et savoir comment l'atteindre. *Revue québécoise de psychologie, 21*(2), 219-238.
- Pomerantz, E. M., & Shim, S. (2008). The role of goal investment in self-regulation. Dans J. Y. Shah, & W. L. Gardner (Éds), *Handbook of motivation science* (pp. 393-404). New York, NY: Guilford.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., Baril, M.-C., ... Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(12), 822-832.
- Ramirez, E., Ortega, A. R., Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging and Mental Health, 18*(4), 463-470. doi: 10.1080/13607863.2013.856858
- Rivest, L., Dubé, M., & Dubé, C. (2009). Effet du programme Gestion des buts personnels sur la santé mentale de femmes victimes d'agressions à caractère sexuel. *Revue québécoise de psychologie, 30*(2), 93-111.
- Rodrigue, L. (2008). *Adaptation et évaluation du programme Gestion des buts personnels auprès d'une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral*. (Essai de doctorat inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Royse, D., Thyer, B. A., Padgett, D. K., & Logan, T. K. (2006). *Program evaluation: An introduction* (4<sup>e</sup> éd.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal. An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. Dans P. M. Gollwitzer, & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 7-26). New York, NY: Guilford.

- Salmela-Aro, K. (2009). Buts personnels, estime de soi et symptômes dépressifs au cours de la transition vers l'âge adulte. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 47-70.
- Schmuck, P., & Sheldon, K. M. (2001). Life goals and well-being: To the frontiers of life goal research. Dans P. Schmuck, & K. M. Sheldon (Éds.), *Life goals and well-being: Toward a positive psychology of human striving* (pp. 1-17). Toronto, ON: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994-1001. doi: 10.1002/gps.1001
- Schoevers, R. A., & Deeg, D. J. H. (2005). Depression and generalized anxiety disorder co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31-39. doi: 10.1097/00019442-200501000-00006
- Schoevers, R. A., Geerlings, M. I., Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2000). Association of depression and gender with mortality in old age: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *British Journal of Psychiatry*, 177(4), 336-342. doi: 10.1192/bjp.177.4.336
- Schoevers, R. A., Geerlings, M. I., Deeg, D. J. H., Holwerda, T. J., Jonker, C., & Beekman, A. T. F. (2009). Depression and excess mortality: Evidence for a dose response relation in community living elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(2), 169-176. doi: 10.1002/gps.2088.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., ... Williams, D. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM IV depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659-1669. doi: 10.1017/S0033291708003413
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32(1), 3-20. doi: 10.1177/0145445507303833
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165-173. doi: 10.1300/J018v05n01\_09



- Sheldon, K. M. (2002). The self-concordance model of healthy goal-striving: When personal goals correctly represent the person. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 65-86). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Sheldon, K. M. (2009). Buts personnels et personnalité. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 15-30.
- Sheldon, K. M. (2014). Becoming oneself: The central role of self-concordant goal selection. *Personality and Social Psychology Review*, 18(4), 349-365. doi: 10.1177/1088868314538549
- Sheldon, K. M., Abad, N., Ferguson, Y., Gunz, A., Houser-Marko, L., Nichols, C. P., & Lyubomirsky, S. (2010). Persistent pursuit of need-satisfying goals leads to increased happiness: A 6-month experimental longitudinal study. *Motivation and Emotion*, 34(1), 39-48. doi: 10.1007/s11031-009-9153-1
- Sheldon, K. M., & Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal-attainment and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 152-165. doi: 10.1037/0022-3514.80.1.152
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 531-543. doi: 10.1037/0022-3514.68.3.531
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 55-86. doi: 10.1007/s10902-005-0868-8
- Sheskin, D. J. (2004). *Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures* (3<sup>e</sup> éd.). Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65(5), 467-487. doi: 10.1002/jclp.20593
- Snead, K. C., Magal, S. R., Christensen, L. F., & Ndede-Amadi, A. A. (2015). Attribution theory: A theoretical framework for understanding information systems success. *Systemic Practice and Action Research*, 28(3), 273-288. doi: 10.1007/s11213-014-9328-x
- Spadone, C., & Corruble, E. (2010). Symptômes résiduels et récurrence dans le trouble dépressif majeur. *L'Encéphale*, supplément 5, S108-S111.

- Statistique Canada. (2008). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2008. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/desc/11107-02-desc-fra.htm>.
- Steffens, D. C., & McQuoid, D. R. (2005). Impact of symptoms of generalized anxiety disorder on the course of late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 40-47. doi: 10.1097/00019442-200501000-00007
- Steiner, M. (2008). Female-specific mood disorders. Mood disorders in specific populations. *Psychiatry*, 8(2), 61-66.
- Stewart, R., & Lindesay, J. (2011). The epidemiology of depression and anxiety. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., pp. 616-623). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Taylor, S. E., & Pham, L. B. (1996). Mental simulation, motivation and action. Dans P. M. Gollwitzer, & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 219-235). New York, NY: Guilford.
- Trépanier, L., Lapierre, S., Baillargeon, J., & Bouffard, L. (2001). Ténacité et flexibilité dans la poursuite des projets personnels : impact sur le bien-être à la retraite. *Revue canadienne de vieillissement*, 20(4), 557-576.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1156-1168. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.007
- Vaillant, G. E., Orav, J., Meyer, S. E., McCullough Vaillant, L., & Roston, D. (1996). Late-life consequences of affective spectrum disorder. *International Psychogeriatrics*, 8(1), 13-32. doi: 10.1017/S1041610296002463
- Van Balkom, A. J. L. M., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 37-45. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x
- Van der Zouwen, J., & van Tilburg, T. (2001). Reactivity in panel studies and its consequences for testing causal hypotheses. *Sociological methods & research*, 30(1), 35-56. doi: 10.1177/0049124101030001003
- Vasiliadis, H. M., Dionne, P. A., Prévile, M., Gentil, L., Berbiche, D., & Latimer, E. (2012). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 536-548. doi: 10.1097/JGP.0b013e318248ae9e

- Veilleux, M., Mandeville, L., & Morin, K. (2017). Le bonheur des gens heureux. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 103-128.
- Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2007). *Self-directed behavior* (9<sup>e</sup> éd.). Belmont, CA: Thomson Higher Education.
- West, B. T., Welch, K. B., & Gatecki, A. T. (2015). *Linear mixed models: A practical guide using statistical software* (3<sup>e</sup> éd.). Boca Raton, FL: Taylor & Francis.
- Wiese, B. S. (2007). Successful pursuit of personal goals and subjective well-being. Dans S. P. Roose, & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 301-328). New York, NY: Oxford University Press.
- Wilkinson, P. (2011). Psychotherapy of depression and dysthymia. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, & A. Kumar (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3<sup>e</sup> éd.). (pp. 543-551). Chichester, Angleterre: John Wiley & Sons.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. doi: 10.1002/da.20653
- Wong, Y. J. (2006). Strength-centered therapy: A social constructionist, virtues-based psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 133-146. doi: 10.1037/0033-3204.43.2.133
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.003
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International (2012). Dementia: A public health priority (2012). Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)
- Wrosch, C., Bauer, I., & Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging*, 20(4), 657-670. doi: 10.1037/0882-7974.20.4.657
- Wrosch, C., Dunne, E., Scheier, M. F., & Schulz, R. (2006). Self-regulation of common age-related challenges: Benefits for older adults' psychological and physical health. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 299-306. doi: 10.1007/s10865-006-9051-x
- Wrosch, C., Miller, G. E., Scheier, M. F., & Brun de Pontet, S. (2007). Giving up on unattainable goals: Benefits for health? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 251-265. doi: 10.1177/0146167206294905

- Wrosch, C., Scheier, M. F., & Miller, G. E. (2013). Goal adjustment capacities, subjective well-being, and physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(12), 847-860. doi: 10.1111/spc3.12074
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., & Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1494-1508. doi: 10.1177/0146167203256921
- Wrosch, C., Schulz, R., Miller, G. E., Lupien, S., & Dunne, E. (2007). Physical health problems, depressive mood, and cortisol secretion in old age: Buffer effects of health engagement control strategies. *Health Psychology*, 26(3), 341-349. doi: 10.1037/0278-6133.26.3.341
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zautra, A. J., Davis, M. C., Reich, J. W., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., Kratz, A., ... Irwin, M. R. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 408-421. doi : 10.1037/0022-006X.76.3.408

**Appendice A**  
*Questionnaire du processus de réalisation des buts*

### *Questionnaire du processus de réalisation des buts*

Nous vous demandons de répondre aux questions qui suivent le plus sincèrement possible. C'est ce que vous pensez ou ce que vous faites vraiment qui nous intéresse. Veuillez donc utiliser l'échelle suivante pour exprimer votre degré d'accord avec les énoncés.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord		

- 1- Je caresse une foule de petits projets. \_\_\_\_\_
- 2- Avant d'entreprendre quelque chose, j'essaie de me fixer des étapes. \_\_\_\_\_
- 3- Je poursuis mes objectifs en utilisant des stratégies efficaces. \_\_\_\_\_
- 4- Dans la planification de mes activités, j'essaie de prévoir les obstacles pour mieux les contourner. \_\_\_\_\_
- 5- J'ai la tête pleine de désirs et d'aspirations. \_\_\_\_\_
- 6- Généralement, j'essaie de prévoir à l'avance mes activités. \_\_\_\_\_
- 7- Je mets de l'énergie dans la poursuite de mes projets. \_\_\_\_\_
- 8- J'ai des projets qui me passionnent. \_\_\_\_\_
- 9- Je fais des plans précis pour bien préparer ce que je veux faire. \_\_\_\_\_
- 10- Au cours de cette période de ma vie, je réalise de petits projets qui m'intéressent.  
\_\_\_\_\_
- 11- J'ai des buts ou objectifs qui représentent bien mes valeurs personnelles. \_\_\_\_\_
- 12- Je m'efforce de planifier mes activités. \_\_\_\_\_
- 13- J'ai confiance que je vais réaliser certains de mes projets. \_\_\_\_\_

*Questionnaire du processus de réalisation des buts (suite)*

- |                         |                    |                         |                    |                         |   |   |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|---|---|
| 1                       | 2                  | 3                       | 4                  | 5                       | 6 | 7 |
| Pas du tout<br>d'accord | Un peu<br>d'accord | Moyennement<br>d'accord | Plutôt<br>d'accord | Tout à fait<br>d'accord |   |   |
- 
- 14- Dans la planification de mes activités, j'essaie de prévoir une alternative (ou une autre façon de faire) au cas où la façon adoptée ne fonctionnerait pas. \_\_\_\_\_
- 15- J'ai des buts et des projets qui correspondent bien à la personne que je suis. \_\_\_\_\_
- 16- J'utilise mes capacités en vue de réaliser une foule d'entreprises. \_\_\_\_\_
- 17- Je n'ai pas d'objectifs ou de projets qui donnent du sens à ma vie. \_\_\_\_\_
- 18- Dans la planification de mes activités, j'essaie de trouver des stratégies qui seront efficaces. \_\_\_\_\_
- 19- Cette période de ma vie me fournit l'occasion d'effectuer de nouvelles réalisations. \_\_\_\_\_
- 20- Je pense à une foule d'activités possibles. \_\_\_\_\_
- 21- Généralement, je cherche activement les moyens qui m'aideront dans ce que je veux faire. \_\_\_\_\_
- 22- Je me sens capable de faire face aux difficultés dans la poursuite de mes projets. \_\_\_\_\_
- 23- Je n'ai pas de grands projets. \_\_\_\_\_
- 24- J'essaie de m'organiser au lieu de laisser venir les événements. \_\_\_\_\_
- 25- Je peux compter sur un certain soutien de la part des autres pour mener à bien mes projets. \_\_\_\_\_
- 26- En m'éveillant le matin, je vois ma journée remplie d'activités intéressantes. \_\_\_\_\_

*Questionnaire du processus de réalisation des buts (suite)*

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord		

27- J'essaie de fixer un moment précis pour commencer une nouvelle activité. \_\_\_\_\_

28- Lorsque se présentent des obstacles, je révisé mes projets (je m'adapte) au besoin.  
\_\_\_\_\_

29- J'ai en tête des buts ou objectifs stimulants. \_\_\_\_\_

30- Je suis porté(e) à planifier le moment où aura lieu une activité importante pour moi.  
\_\_\_\_\_



**Appendice B**  
*Inventaire de dépression de Beck-II*

### *Inventaire de dépression de Beck-II*

Dans les groupes d'énoncés suivants, encerclez le chiffre qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe

#### Question 1

- 0 - Je ne me sens pas triste.
- 1 - Je me sens très souvent triste.
- 2 - Je suis tout le temps triste.
- 3 - Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

#### Question 2

- 0 - Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 - Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 - Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 - J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

#### Question 3

- 0 - Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 - J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 - Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
- 3 - J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

#### Question 4

- 0 - J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant pour les choses qui me plaisent.
- 1 - Je n'éprouve pas autant de plaisir pour les choses qu'avant.
- 2 - J'éprouve très peu de plaisir pour les choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 - Je n'éprouve aucun plaisir pour les choses qui me plaisaient habituellement.

#### Question 5

- 0 - Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 - Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 - Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 - Je me sens tout le temps coupable.

*Inventaire de dépression de Beck-II (suite)*

## Question 6

- 0 - Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 - Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 - Je m'attends à être puni(e).
- 3 - J'ai le sentiment d'être puni(e).

## Question 7

- 0 - Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 - J'ai perdu confiance en moi.
- 2 - Je suis déçu(e) de moi-même.
- 3 - Je ne m'aime pas du tout.

## Question 8

- 0 - Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 - Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 - Je me reproche tous mes défauts.
- 3 - Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

## Question 9

- 0 - Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 - Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 - J'aimerais me suicider.
- 3 - Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

## Question 10

- 0 - Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 - Je pleure plus qu'avant.
- 2 - Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 - Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

## Question 11

- 0 - Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 - Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 - Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 - Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

*Inventaire de dépression de Beck-II (suite)*

## Question 12

- 0 - Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 - Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 - Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 - J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

## Question 13

- 0 - Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 - Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 - J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 - Je ne suis plus capable de prendre des décisions.

## Question 14

- 0 - Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 - Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 - Je me sens moins valable que les autres.
- 3 - Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

## Question 15

- 0 - J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 - J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 - Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 - J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

## Question 16

- 0 - Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé

---

1a- Je dors un peu plus que d'habitude.

1b- Je dors un peu moins que d'habitude.

---

2a- Je dors beaucoup plus que d'habitude.

2b- Je dors beaucoup moins que d'habitude.

---

3a- Je dors presque toute la journée.

3b- Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

## Question 17

- 0 - Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 - Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 - Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 - Je suis constamment irritable.

*Inventaire de dépression de Beck-II (suite)*

Question 18

0 - Mon appétit n'a pas changé.

---

1 a- J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.

1 b- J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

---

2 a- J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

2 b- J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

---

3 a- Je n'ai pas d'appétit du tout.

3 b- J'ai constamment envie de manger.

Question 19

0 - Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.

1 - Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.

2 - J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

3 - Je suis incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

Question 20

0 - Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1 - Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2 - Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.

3 - Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

Question 21

0 - Je n'ai pas noté de changements récents dans mon intérêt pour le sexe.

1 - Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

2 - Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.

3 - J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

**Appendice C**  
*Échelle de dépression gériatrique*

### *Échelle de dépression gériatrique*

Entourez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine (7 derniers jours).

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?  | Oui | Non |
| 2. Avez-vous laissé tomber plusieurs de vos activités et intérêts?                        | Oui | Non |
| 3. Sentez-vous que votre vie est vide ?   | Oui | Non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent?   | Oui | Non |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps?   | Oui | Non |
| 6. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?   | Oui | Non |
| 7. Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps?                                      | Oui | Non |
| 8. Vous sentez-vous souvent impuissant(e)?  | Oui | Non |
| 9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire de nouvelles choses?    | Oui | Non |
| 10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens? | Oui | Non |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre actuellement?                              | Oui | Non |
| 12. Sentez-vous que vous ne valez pas grand-chose tel que vous êtes présentement ?        | Oui | Non |
| 13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie?  | Oui | Non |
| 14. Sentez-vous que votre situation est sans espoir?                                      | Oui | Non |
| 15. Pensez-vous que la majorité des gens sont dans une situation meilleure que la vôtre ? | Oui | Non |

Version québécoise de l'ÉDG de Sheikh et Yesavage (1986), par Yves Lacasse MD, MSc, Centre de Pneumologie Hôpital Laval, 2725 Ch. Ste-Foy, Ste-Foy, Québec, Repéré à <http://www.stanford.edu/~yesavage/FrenchCan.html>.

**Appendice D**  
*Échelle d'anxiété gériatrique*



### *Échelle d'anxiété gériatrique*

Entourez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine (7 derniers jours).

1- Je m'inquiète une bonne partie du temps.	Pas d'accord	D'accord
2- Je trouve cela difficile de prendre une décision.	Pas d'accord	D'accord
3- Je me sens souvent agité.	Pas d'accord	D'accord
4- Je trouve cela difficile de relaxer.	Pas d'accord	D'accord
5- Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir apprécier les choses à cause de mes inquiétudes.	Pas d'accord	D'accord
6- Les petites choses me tracassent beaucoup.	Pas d'accord	D'accord
7- Je me sens souvent comme si j'avais des papillons dans l'estomac.	Pas d'accord	D'accord
8- Je me définis comme un anxieux(se).	Pas d'accord	D'accord
9- Je ne peux m'empêcher de m'inquiéter, même pour des choses insignifiantes.	Pas d'accord	D'accord
10- Je me sens souvent nerveux(se).	Pas d'accord	D'accord
11- Mes propres pensées me rendent souvent anxieux(se).	Pas d'accord	D'accord
12- J'ai l'estomac à l'envers à cause de mes inquiétudes.	Pas d'accord	D'accord
13- Je me définis comme une personne nerveuse.	Pas d'accord	D'accord
14- Je pense toujours que le pire va arriver.	Pas d'accord	D'accord
15- Je me sens souvent agité(e) à l'intérieur.	Pas d'accord	D'accord
16- Je pense que mes inquiétudes interfèrent avec ma vie.	Pas d'accord	D'accord
17- Mes inquiétudes me submergent souvent.	Pas d'accord	D'accord
18- Je ressens souvent un gros noeud dans mon estomac.	Pas d'accord	D'accord
19- Je ne peux profiter de certaines choses parce que je m'inquiète trop.	Pas d'accord	D'accord
20- Je me sens souvent bouleversé(e).	Pas d'accord	D'accord

Traduction libre du questionnaire tiré de :

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. doi: 10.1017/S1041610206003504

## **Appendice E**

Robustesse des résultats répliqués à l'aide d'analyses multiniveaux

Comparativement aux ANOVA à mesures répétées, les analyses multiniveaux tiennent compte de l'ensemble des données collectées à chaque temps de mesure et permettent ainsi d'inclure les participants qui ont été absents de la collecte à un temps de mesure en particulier. Par exemple, le modèle linéaire mixte (aussi nommé modèle hiérarchique; Gelman & Hill, 2007) permet de réintégrer à la relance une personne qui n'aurait pas participé au post-test. À l'inverse, les modèles d'ANOVA classiques, qui constituent une sous-catégorie du modèle linéaire général, ne permettent que d'analyser des cas complets. Lorsqu'un participant est manquant à un temps de mesure, ce participant se retrouve donc exclu des analyses. Au-delà du gain potentiel de puissance statistique associé à l'inclusion d'un plus grand nombre de participants, le modèle multiniveaux permet également de modéliser la corrélation entre les scores des participants aux différents temps de mesure, alors que le modèle classique présuppose que ces corrélations demeurent identiques (postulat de sphéricité). Ce postulat est questionnable, puisqu'il est parfois légitime d'observer que plus le temps s'accroît entre deux temps de mesure, plus la corrélation entre les scores des participants diminue (ex. : corrélation prétest – post-test plus faible que la corrélation prétest – relance). Le modèle multiniveaux offre conséquemment plus de flexibilité pour modéliser cette structure de corrélation, permettant potentiellement de mieux représenter les données que le modèle classique (Garson, 2013).

Comme une réflexion sur la modélisation statistique à l'aide d'un modèle multiniveaux est survenue bien après l'expérimentation et que le devis qui a été utilisé répondait aux besoins d'une ANOVA classique, les participants qui n'ont pas répondu au post-test (ex. : pour des raisons d'hospitalisation ou de voyage à l'étranger) ont été systématiquement exclus de la relance. Cependant, certains participants dont les données étaient disponibles au prétest ont été inclus dans les analyses multiniveaux afin de tester la robustesse des résultats provenant des ANOVA à mesures répétées. Pour cette raison, le nombre de participants inclus dans ces analyses multiniveaux est sensiblement différent de celui inclus dans le texte de la thèse.

Les résultats de ces dernières analyses sont essentiellement similaires à ceux des ANOVA à mesures répétées en ne révélant pas d'effets d'interaction (2 groupes X 3 temps) pour chaque variable dépendante, soit la capacité perçue de réalisation des buts, le niveau de dépression au BDI-II et à l'ÉDG et le niveau d'anxiété. Comme le test de l'effet d'interaction constituait le principal objectif de la thèse, l'utilisation d'une méthode d'analyse alternative mène donc aux mêmes conclusions à ce sujet.

Les analyses ont aussi indiqué un effet principal « temps », tout comme dans les ANOVA classiques. Toutefois, elles n'ont pas révélé d'effet principal « groupe » pour la dépression mesurée par l'ÉDG et l'anxiété, comparativement aux ANOVA à mesures répétées.

Ces résultats peuvent s'expliquer de différentes manières. D'une part, il semblerait que lorsque les participants qui n'étaient pas inclus dans les analyses classiques le sont avec le modèle multiniveaux, ils augmentent, dans le cas présent, la variabilité intragroupe, atténuant ainsi la probabilité de trouver une différence entre les groupes. D'autre part, l'utilisation du modèle multiniveaux avec de petits échantillons peut entraîner des difficultés d'estimation du modèle (McNeish, 2017). Ce problème est apparu dans les présentes analyses réalisées avec SPSS, générant un doute sur la qualité des inférences statistiques provenant du modèle multiniveaux.

Pour cette raison, si le modèle multiniveaux est habituellement supérieur au modèle d'ANOVA classique, dans la présente recherche, cela n'est pas forcément le cas. Il serait toutefois utile de réaliser des études ultérieures avec de plus gros échantillons pour pouvoir utiliser ce modèle multiniveaux à son plein potentiel.

### Références incluses dans cet appendice

- Garson, G. D. (2012) Fundamentals of hierarchical linear and multilevel modeling. Dans G. D. Garson (éd.), *Hierarchical linear modeling. Guide and applications* (pp. 3-25). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Gelman, A., & Hill, J. (2007). *Data analysis using regression and multi-level/hierarchical models*. New York, NY: Cambridge University Press.
- McNeish, D. (2017). Small sample methods for multilevel modeling: A colloquial elucidation of REML and the Kenward-Roger correction. *Multivariate Behavioral Research*, 52(5), 661-670, doi:10.1080/00273171.2017.1344538